Über

# Ätiologie, Symptomatologie

## und operative Behandlung

der in den Jahren 1902—1907 in der
Heidelberger Frauenklinik beobachteten Fälle von

## Rückwärtslagerung der Gebärmutter.

---

## Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg

vorgelegt von

ALEXANDER PAGENSTECHER
Medicinalpracticant.

---

Dekan:
Geheimerat Prof. Dr. v. Krehl.

Referent:
Prof. Dr. Menge.

HEIDELBERG
DRUCK VON JUL. WETTSTEIN NACHFOLGER
1908.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153303_0142

Die retroflexio uteri, deren Ätiologie und Behandlung die heutige Gynäkologie in hervorragendem Maße beschäftigt, wurde nach Kilian, dem ich mich in den folgenden Ausführungen anschließen möchte, erst vor 200 Jahren erkannt. Allerdings vermutet schon Hippokrates, daß eine Lageveränderung der Gebärmutter an vielen Krankheiten der Frauen schuld sei, aber diese Ansicht steht nur vereinzelt da und findet sich seitdem nicht wieder.

Erst 1731 wurde nach Kilian zuerst von Kalmus eine Rückwärtslagerung des graviden Uterus diagnostiziert. Auf die Bedeutung dieser Entdeckung wies später Richter hin. Ein weiterer Fall wurde 1777 von Lynn festgestellt. Statt des von Lynn gebrauchten Ausdrucks inversio brauchte Hunter den Ausdruck Retroflexio und führte ihn so in die Terminologie ein. Eine Retroflexio des normalen nichtgraviden Uterus gab es nach Ansicht der damaligen Gynäkologen nicht. Erst 1786 berichtigt Peter Franck diese Anschauung, indem er bei einer Frau intra vitam eine Retroflexio diagnostizierte und nach dem durch eine interkurrente Krankheit herbeigeführten Tode fand, daß keine Gravidität vorlag. Diese Feststellung fand in einem weiteren, von Schneider im Jahre 1791 veröffentlichten Falle ihre Stütze. Danach schien es, als ob es eine Retroflexio des nichtgraviden Uterus wohl gäbe, dieselbe aber sehr selten sei. Erst als Schweighäuser, der im Anfang des 19. Jahrhunderts ein Material von 39 Fällen von retroflexio uteri non gravidi veröffentlichte, bewies, daß die Retroflexio beim nichtschwangeren Uterus nicht zu selten sei, kam man von dieser Ansicht ab. Sobald diese Tatsache feststand und gleichzeitig die Diagnose leichter zu stellen war, machte man in der folgenden Zeit die Rückwärtslagerung für viele Leiden und Klagen verantwortlich, die bisher keine Aufklärung gefunden hatten. So hält Kilian die Gebärmutter für eine Quelle herber Leiden, doch waren auch damals schon hervorragende Gynäkologen der Ansicht, daß eine Retroflexio ohne irgend welche Beschwerden bestehen könne, andere wieder hielten sie für ein unter Umständen sogar tötliches Leiden.

Von den Symptomen, die die Retroflexio nach Kilian hat, fürchtete er vor allem die retentio urinæ. Außerdem glaubte er, daß der eingeklemmte Uterus heftige Schmerzen im Becken

hervorrufen könne und unter Umständen bei der Retroflexio des graviden Uterus eine heftige Entzündung der Vagina hinzukäme. Der später oft behauptete Zusammenhang zwischen den Menorrhagien und der Retroflexio wurde bereits von Brünninghausen und Balling beobachtet. Die bisher erwähnten Erscheinungen galten für doppelt gefährlich, sobald sie intra graviditatem auftraten, weshalb man sich zu alsbaldigen Repositionsversuchen entschloß. An einen solchen Versuch sollte sich häufig eine Unterbrechung der Schwangerschaft anschließen, doch gab es auch schon Beobachtungen, nach denen sich der gravide Uterus spontan aufgerichtet hatte, und damit alle Erscheinungen geschwunden waren. Um die Reposition zu erleichtern, wurde damals die Punktion der Blase zuerst von Cheston ausgeführt.

Ob die Retroflexio irgend welche pathologische Bedeutung hat, darüber äußert Kilian persönlich nichts, dagegen widmet er der Therapie eine ausführliche Besprechung. Er nennt eine Menge Operationen, auf die ich später kurz zurückkommen möchte. Wie heute, so wurde auch damals die Frage, ob man eine Retroflexio behandeln solle oder nicht, äußerst verschieden beantwortet. Neben absolut conservativer Behandlung beschränken sich einige auf eine regelmäßige Entleerung der Blase und eine entsprechende Lagerung der Kranken. So rät auch Schweighäuser nur in Fällen von gravidem Uterus zur Reposition. Andere wollen unter allen Umständen reponieren, allerdings nach vorhergehender Entleerung der Blase. Balling geht noch weiter, er reponiert sogar ohne Rücksicht auf die Blase. Kilian selbst äußert sich gemäßigter: „Überall, wo eine Retroversio als eine ausgebildete Erscheinung angetroffen wird, darf das Weib, mag es nun schwanger sein oder nicht schwanger sein, durchaus nicht auf die Wunderwirkung des Urinabzapfens rechnen, sondern man muß auch reponieren, oder wenigstens zu reponieren versuchen, und zwar gleich nach vorgenommener Entleerung der Blase und des Mastdarms, ohne allen Zeitverlust, vorausgesetzt, daß nicht ein hoher Grad von Schmerzhaftigkeit des Gebärorganes sich dem Repositionsversuche entgegenstellt". Und eine Seite weiter, sagt er: „Wir selbst haben das chirurgische Verfahren für die retroversio da angezeigt gefunden, wo uns irgendwelche krankhafte Erscheinungen von der Anwesenheit des Übels sichere Kunde geben, ohne solche operieren wir nicht". Natürlich hält auch er die Retroflexio

in der Gravidität für weit gefährlicher als bei Nichtschwangeren. Häufig hat er im Puerperium das Entstehen von Retroflexionen beobachtet. In diesem Falle rät er entschieden von einer eingreifenden Therapie ab. Die der Reposition vorhergehende Behandlung war der heute geübten ähnlich. Der durch Stauung angeschwollene Uterus wurde zum Abschwellen gebracht. Als damals gebräuchliche Mittel nennt Kilian das Ansetzen von Blutegeln an die Portio vaginalis, Venaesektionen, kühle Spülungen. Dann betont er noch die Wichtigkeit der Katheterisation; denn die retentio urinæ galt für ein ätiologisches Moment der Retroflexio. Nach diesen Ausführungen ist die Bezeichnung Osiander's zu verstehen, der den Katheter das Radikalheilmittel bei Retroflexio nennt. Für die Einführung des Katheters gibt Kilian eine Anleitung, die unserer heutigen entspricht. Die erste Regel war, ihn ohne Gewalt einzuführen; war die Urethra weit hinaufgezogen, so mußte man einen männlichen Katheter benutzen, letzteres empfahl sich besonders in der Gravidität. Beim Mißlingen des Katheterismus wurde nach dem Vorbild von Mende und Cheston der suprasymphysäre Blasenstich gemacht. Auch der Rat, mit der in die Vagina eingeführten Hand den Katheter zu kontrollieren, und die Vaginalportion, die auf die Urethra drücken könnte, wegzuschieben, findet sich bereits.

Die Reposition selbst wurde in der verschiedensten Weise ausgeführt, man reponierte manuell, indem man einen resp. zwei Finger in die Vagina oder in den Mastdarm einführte; man versuchte die Aufrichtung zuerst vaginal, erst beim Mißlingen rectal. Ganz abgeraten wurde von der von Mende empfohlenen Aufrichtung per rectum et vaginam, eine Methode, die heute allgemein angenommen ist. Die Schwierigkeit, die das Fehlen der Narkose mit sich brachte, führte dazu, daß man die mannigfachsten instrumentellen Methoden empfahl und anwandte. Zum Teil sind sie heute noch, allerdings in modificierter Form, in Gebrauch. Den Vorschlag von Vermandois bezeichnet Kilian als abenteuerlich und absurd. Derselbe schlägt vor, eine Schaf- oder Ochsenblase ins Rectum einzuführen, sie mit Wasser zu füllen und dadurch den Uterus aufzurichten, ein der Kolpeuryse ähnliches Verfahren. Noch mehr nähert sich Halbert mit seiner Therapie den heute angewandten Methoden. Er führt eine frische Kalbsblase in die Vagina ein, füllt sie und sucht so den Uterus aufzurichten. Eine andere Operation

gibt Vogel an: er rät, mittels eines in den Darm eingeführten Holzstäbchens, den Uterus heraufzuheben. An die Sondenaufrichtung erinnert die von Osiander angegebene Art der Reposition; derselbe führt ein gekrümmtes Stäbchen in den Muttermund ein und sucht durch Drehen desselben den Uterus aufzurichten. Dies Verfahren wird von Kilian trotz der von Osiander veröffentlichten guten Erfolge als roh und gefährlich verworfen. Richter und Siebold führten ihre nach dem Vorbild Vogels konstruierten und als Hypomochlia bezeichneten Instrumente in die Vagina ein. Nach Art dieses Hebels ist auch der von Stutzer und später von Guntz angegebene Finger gebaut, der von Kilian am meisten gebraucht und empfohlen wird. Es handelt sich dabei um ein fingerartiges Gebilde, das vorne mit Metall ausgefüllt, hinten dagegen ausgehöhlt war, um eine Befestigung an dem Finger des Operateurs zu ermöglichen. Diesen unblutigen stehen die blutigen Repositionsverfahren gegenüber. Natürlich bestand bei der Unkenntnis von Anti- und Asepsis nur eine geringe Neigung sie anzuwenden. So galt die von Cooper und Schweighäuser als Paracentesis uteri angegebene Operation für lebensgefährlich. Man verstand darunter das Anstechen des graviden Uterus mittels Troicarts, um durch Herauslassen des Fruchtwassers den Uterus zu verkleinern und leichter zu reponieren. Die Punktion der Harnblase war viel ungefährlicher und sie wurde darum auch häufiger ausgeführt. Auch an die Einleitung der Frühgeburt, die ja sowieso auf die Paracentesis in den meisten Fällen folgte, dachte man bereits; praktisch ausgeführt wurde sie noch nicht, und zwar aus folgenden Gründen: einmal glaubte man, daß der Muttermund bei retroflexio uteri gravidi außerordentlich schwer zu finden sei, sodaß es nur in den seltensten Fällen gelinge, den Eihautstich ohne Verletzung anderer Teile auszuführen. Dann sollte die vielleicht langdauernde Geburt zu gefährlich sein, denn es bestand die Möglichkeit, daß während der Geburt akute Einklemmungserscheinungen auftreten konnten. Drittens glaubte man, daß unter Umständen eine Geburt überhaupt unmöglich sei. Von den weiter erwähnten Operationen ist der neuerdings bei engem Becken zu großer Bedeutung gelangte Schamfugenschnitt und die von Callisen zuerst empfohlene Laparotomie zu nennen. Kilian verwirft sie beide. So ungefähr war die Stellung der Gynäkologen zur Retroflexio um die Mitte des vorigen Jahrhunderts.

Die nächste wissenschaftliche Darstellung über dieses Thema gab Bernhard Siegmund Schultze im Jahre 1881. Seine Ansicht möchte ich kurz zusammenfassend wiedergeben: ätiologisch hält er eine akute Entstehung für nicht unmöglich, eine Frage, die für die Unfallsgesetzgebung nicht ohne Bedeutung ist. Denn in manchen Fällen suchen die Frauen nach einem Unfall die Sprechstunde des Gynäkologen auf; findet derselbe dann die Retroflexio, so kann diese als durch den Unfall entstanden betrachtet werden; allerdings ist Schultze der Ansicht, daß für diese Entstehung eine Füllung der Blase unerläßlich sei, ein Punkt, der bei einem eventuellen Gutachten zu berücksichtigen wäre. Die allmähliche Entstehung der Retroflexio ist jedenfalls häufiger. Schultze führt verschiedene ätiologische Momente an: kongenitale Entwickelungshemmung, hervortretend in einer geringeren Ausbildung der vorderen Vaginalwand. Ferner Fixation der Cervix vorne und hinten. Entwickelung eines Tumors in der vorderen Uteruswand, Erschlaffung der Fixationsbänder; letzteres Moment kommt nach seiner Ansicht bei weitem am häufigsten vor. Die Ursachen dafür sucht er in allgemeinen Krankheitszuständen, wie Anämie und Muskelschwäche oder in Überreizung der Genitalnerven und Ausziehung der Bandapparate durch viele Geburten. Für das Entstehen ist am günstigsten das Wochenbett mit der sich häufig daran anschließenden Parametritis posterior. Auch Obstipation und habituelle Überfüllung der Blase hält er ätiologisch für wichtig.

Die Symptome erklären sich nach seiner Ansicht nicht immer aus der Retroflexio allein, sondern häufig aus dem übrigen Genitalbefund. Trotzdem versucht Schultze einen der Retroflexio eigentümlichen Symptomencomplex zu konstruieren. Als Symptom der akuten Retroflexio nennt er perimetritische und peritonitische Reizung, Stuhldrang, Reizung von Seiten der Blase; Einklemmungserscheinungen hat er nie beobachtet. Ein Hauptsymptom der chronischen Retroflexio sind Menstruationsanomalien. Sterilität hat nach seiner Ansicht mit der Verlagerung nichts zu tun. Die Conception wird nicht gehindert, dagegen erfolgt auffallend häufig Abort, meistens bestehen Stuhl- und Blasenbeschwerden; die unbestimmt lokalisierten gewöhnlich als Kreuzschmerzen bezeichneten schmerzhaften Empfindungen in der unteren Rückenregion glaubt er auf die nach rückwärts gezogenen Ovarien, die sehr oft geschwollen sind,

zurückführen zu können, doch dürften sie vielfach auf nervösen Störungen beruhen. Auch andere allgemein nervöse Erscheinungen sind nach seiner Beobachtung nicht selten.

Therapeuthisch ist Schultze streng conservativ. Er behandelt die Retroflexio nur bei Frauen, die noch nicht in der Menopause sind; denn eine Retroflexio in der Menopause macht keine Beschwerden mehr. Ein großes Gewicht legt er auf die Kräftigung der Douglasfalten. Die Aufrichtung des Uterus erfolgt bimanuell. Der Erfolg ist nach Schultze ein eklatanter. Die größten Beschwerden schwinden oft nach kürzester Zeit. Consequenterweise sucht Schultze daher die Reposition auf jede Weise zu erreichen, ich nenne nur die gewaltsame Losreißung des Uterus aus seinen Verwachsungen vom Rectum aus. An eine operative Beseitigung der Lageveränderung dachte er nicht, wenngleich schon damals von Aran die Verkürzung der Sacrouterinligamente, von Müller und Köberlé die Laparotomie mit Anheilung des Uterus an die Bauchwand vorgeschlagen wurde. Seine Ansicht darüber faßt er folgendermaßen zusammen: „Der Gedanke, um einer Retroflexio willen eine Laparotomie zu machen, könnte meines Erachtens nur für jene Fälle fester Verwachsung des Uterus am Mastdarm oder an der hinteren Beckenwand in Betracht kommen, in welchen die Trennung der Adhäsionen bei geschlossener Bauchwand und in tiefer Narkose nicht gelingt. Die Gefahr der Operation scheint mir nicht mit dem zu erwartenden Erfolg im Verhältnis zu stehen."

Etwas später, im Jahre 1885, erschien das Lehrbuch von Fritsch. Hier wurde zuerst der Unterschied zwischen der retroflexio und der retroversio gemacht, welch letztere als ein Uebergang zur Retroflexio betrachtet wird. Die retroversio ist nur ein vorübergehender Zustand, bedingt durch Lockerung der Bänder, die Schwere des Uterus, ein Steiferwerden des Corpus; sie entsteht häufig im Spätwochenbett und ist wohl auf die während des Puerperiums eingehaltene Rückenlage zurückzuführen. Die Retroversio hält Fritsch nur insofern für bedeutungsvoll, als sich aus ihr die Retroflexio entwickeln kann; darum hält er sorgfältige Beobachtung im Wochenbett für angebracht. Er rät häufig zu untersuchen und nötigenfalls sorgfältig zu reponieren.

Pathologisch-anatomisch kommt es zu Veränderungen:

durch die scharfe Biegung werden die das Blut abführenden Venen geknickt; die durch diese Abknickung entstehende Stauung begünstigt die Entwicklung einer Metritis und Perimetritis. Der vergrößerte Uterus wird aufs Rectum drücken. Herrscht nun bei der betreffenden Patientin Obstipation, so drückt die starre, bei der Defaecation sich entleerende Kotsäule auf den Uterus. Sie drückt den Uterus weiter nach unten und knickt ihn noch schärfer; dadurch wird natürlich der Knickungswinkel atrophisch. In diesen Fällen ist es klar, daß mit Behandlung der Obstipation die Beschwerden größtenteils schwinden. Von weiteren pathologischen Veränderungen nennt Fritsch die angeblich selten beobachtete Knickung der Ureteren mit nachfolgender Hydronephrose, eine Schwellung der hinteren Lippe und Veränderungen der aus der normalen Lage gezogenen Ovarien.

Bezüglich der Ätiologie glaubt er, daß eine Anzahl von Retroflexionen kongenital sei, andere, einzelne auch bei virgines, acquirirt. Bei letzteren ist er mit Hildebrand der Ansicht, daß die häufig geübte Onanie zu einer Erschlaffung des Bandapparates geführt habe. Bei Multiparen legte er hinsichtlich der Ätiologie das Hauptgewicht auf das Wochenbett.

Von den Symptomen führt er die abundanten Blutungen auf Stauung zurück. Durch Erschlaffung der Vaginalwände ist der Drang nach unten zu erklären. Der Druck auf den Mastdarm ist bedingt durch die Obstipation. Während er so die Obstipation als ätiologisches Moment für die Retroflexio in Betracht zieht, glaubt er nicht, daß die Obstipation bei der Retroflexio häufiger ist als bei der Anteflexio; denn die Mehrzahl der gynäkologisch behandelten Frauen ist obstipiert.

Blasenstörungen hat Fritsch selten beobachtet. Ein großes Gewicht legt er auf die reflektorischen Erscheinungen, die nach seiner Ansicht größtenteils von den Ovarien ausgehen. So machte er daher die Retroflexio für Magen-, Circulations- und Respirationsstörungen verantwortlich.

Daraus ist die große Bedeutung, die Fritsch der Retroflexio beilegt, klar, und es ist wohl zu verstehen, daß er, sobald Erscheinungen auftreten, die Lagekorrektur vorzunehmen sucht, falls nicht irgend eine Complikation dieselbe contraindiciert. Zunächst versucht er die Reposition ohne Ring. Bleibt der Uterus aber retrovertiert, so appliciert er einen Ring. Ist es möglich, dadurch die Anteflexio dauernd

herzustellen, so sind in kurzer Zeit die lokalen Symptome beseitigt. Der geschwellte Uterus verkleinert sich und kann jetzt symptomlos in seine alte Lage zurücksinken. Die von Schultze erstrebte Aufrichtung durch rectale Zerreißung widerrät er, er glaubt durch Massage dasselbe erreichen zu können. Für unerlaubt hält er die Einführung des Ringes während der Menses.

Ein neues Moment kommt in die Behandlung der Retroflexio dadurch, daß die operative Gynäkologie sich derselben bemächtigte, und dadurch ergibt sich ein neuer Streitpunkt. Ob die chirurgische Behandlung überhaupt indiciert ist, und wenn, dann welche der vielen Methoden am besten ist.

Küstner tritt entschieden im Neuen Veit'schen Handbuche für eine operative Therapie ein.

In ätiologischer Hinsicht erkennt er die von Schultze aufgestellten Punkte an, doch glaubt er, daß die Mehrzahl der im Wochenbette beobachteten Retroflexionen schon vorher bestanden haben, und daß die Retroflexio häufig eine Folgeerscheinung pelveo-peritonitischer Processe sei. Oft spielen dabei Erkrankungen der Adnexe eine Rolle, so besonders alle ascendierenden Processe, am häufigsten die Gonorrhoe. Der akuten Entstehung steht Küstner, im Gegensatz zu Schultze und Fritsch, sehr skeptisch gegenüber; wohl immer handelt es sich da um eine Verschlimmerung einer bestehenden Retroflexio. Nach seiner Ansicht ist also eine traumatisch entstandene Rückwärtslagerung nicht vorhanden.

Pathologisch-anatomisch findet sich eine Verlängerung der Portio vaginalis, Adhäsionen am Peritoneum, an der Blase und am Rectum, Veränderungen an den Adnexen, am häufigsten gonorrhoischer Natur.

Auch Küstner versucht einen bestimmten Symptomencomplex zu formulieren, dabei scheidet er örtliche und allgemeine Symptome. Am Uterus selbst ist das auffallendste die Veränderung der Menstruation und ihre Folgeerscheinung: Das spätere Eintreten des Klimakteriums, das frühzeitige Auftreten der Menses während der Lactation. Häufig tritt Abort ein, letzterer ist wohl weniger bedingt durch die Retroflexio als durch die gleichzeitig bestehende Endometritis. Den Blasenbeschwerden legt Küstner keine große Bedeutung bei, dagegen glaubt er, daß Retroflexio und Obstipation in wechselseitiger Beziehung stehen, und zwar so, daß durch die Complikationen der Retroflexio oder

durch diese selbst häufig Schmerzen hervorgerufen werden, die bei jedem Stuhlgang verstärkt auftreten, und daß dadurch die Defäkation seltener erfolge. Mit einer Irritation des Peritoneums hängen die häufig auftretenden Rücken- und Kreuzschmerzen zusammen, während eine geringe nur mikroskopische Veränderung der Ovarien häufig an den auf eine Unterleibsseite lokalisierten Schmerzen schuld ist. Auch die nervösen Reflex- und Allgemeinsymptome führt er auf eine Mitbeteiligung des Peritoneums zurück; mit der Sterilität an und für sich hat die Retroflexio nichts zu tun; die Sterilität ist wohl meistens nur durch die Komplikationen bedingt; die bei der Retroflexio beobachteten Beschwerden erklären sich aber nicht nur aus den Complikationen allein, die Retroflexio an sich ist an den Beschwerden beteiligt. Küstner sagt darüber: „Jedenfalls selten besteht im geschlechtsreifen Alter des Weibes eine retroversio oder retroflexio ohne Krankheitserscheinungen", stellt aber nicht in Abrede, daß fast stets vorhandene Komplikationen die Ursache der Beschwerden sein können.

Er selbst will symptomlose Retroflexionen nur bei Virgines beobachtet haben. Dies erklärt sich wohl daraus, daß die Retroflexionen bei Virgines fast nur unkomplicierte sind, sodaß diese Fälle unbehandelt bleiben, sonst rät er bei unkomplicierter Retroflexio, die Lagekorrektur durch ein Pessar vorzunehmen. Bei complicierten behandelt er erst die Complikationen und nimmt dann die Lagekorrektur vor. Den jetzt geübten Operationsmethoden macht er mit Recht den Vorwurf, daß durch keine derselben der Uterus in seine normale Lage gebracht werde. Er will den chirurgischen Eingriff auf folgende Fälle beschränkt wissen: „Handelt es sich um eine fixierte Retroflexio und sind die Fixationen nicht so zart und dünn und wenig umfänglich, daß sie fast unwillkürlich bei den Repositionsversuchen mit durchtrennt werden, ist ferner von dem Versuche durch Massage oder durch das Schultze'sche Verfahren, die Adhäsionen zu trennen und dann eine Pessarbehandlung einzuleiten, abzusehen, verfällt somit der Fall der operativen Therapie, so ist die Laparotomie zu machen."

Fassen wir nach Küstner den heutigen Stand der Lehre von der Retroflexio zusammen, so ergibt sich folgendes:

Jede Frau im menstruationsfähigen Alter, die an einer Retroflexio leidet, ist behandlungsbedürftig; natürlich muß sie Beschwerden haben, die mit einiger Wahrscheinlichkeit auf

eine Retroflexio bezogen werden können; die Retroflexio zeigt bestimmte Symptome, die indes nicht immer in gleicher Häufigkeit auftreten. Behandelt werden unkomplicierte Fälle mit Pessar; bei Complikationen werden zuerst die Complikationen behandelt, dann erst wird die Lagekorrektur vorgenommen. Die Operation ist indiciert, wenn das Pessar aus einem äußerlichen Grunde nicht appliciert werden kann, oder eine fixierte Retroflexio vorliegt.

Ganz anders und der von Küstner strikt entgegengesetzt ist die Ansicht von Theilhaber, Krönig und Feuchtwanger, auf die ich in den Ausführungen zurückkommen möchte.

Sie bezweifeln die pathologische Diquität der Retroflexio an sich und neigen der Ansicht zu, daß die Retroflexio physiologisch sein könne. Im Gegensatz zu ihnen ist Menge von dem pathologischen Wert der Retroflexio überzeugt und führt dafür folgende Punkte an:

1. Anteversio ist häufiger als Retroversio.
2. Mit Retroversio ist Neigung zum Descensus verbunden.
3. Bei Retroversio sind häufig Schwellungszustände vorhanden, die bei der Aufrichtung schwinden.
4. Erschwerung der Schwängerung.
5. Cohabitationsbeschwerden.
6. Beckenblutergüsse durch Quetschung der Ovarien.
7. Menorrhagieen und Hypersecretionen.

Für die Richtigkeit der Mehrzahl dieser Punkte werden wir in folgendem Beweise bringen können.

Aus diesem Widerstreit der Meinungen sehen wir, daß noch viele die Retroflexio betreffende Fragen ihrer Lösung harren, und ich möchte in Folgendem versuchen, an der Hand von Krankengeschichten einzelne dieser Fragen näher zu betrachten. Zu diesem Zwecke habe ich die mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten durchgesehen und gesucht festzustellen:

1. Ob sich nicht noch neue, bisher wenig beachtete ätiologische Momente für die Retroflexio bringen lassen.

Damit möchte ich 2. eine Zusammenstellung der Symptome, der gynäkologischen Befunde und einen Vergleich zwischen Beiden verbinden.

Ob die Retroflexio Beschwerden macht, wird sich 3. aus der Therapie ergeben. Ist mit der Lagekorrektur ein Schwinden der Beschwerden verbunden, so waren die Beschwerden durch die Retroflexio veranlaßt, falls man eine

suggestive Wirkung ausschließen kann. Andererseits muß man in Betracht ziehen, ob dieses Schwinden der Beschwerden nicht durch Besserung des Allgemeinzustandes bedingt sein könnte. Dies könnte durch regelmäßige Gewichtsbestimmungen, Blutuntersuchungen usw. festgestellt werden.

Am besten läßt sich das 4. an den operierten Fällen nachweisen, da eine Nachuntersuchung derselben möglich wurde.

5. Möchte ich auf den Einfluß der Operation auf spätere Geburten kurz hinweisen.

Das mir zur Verfügung stehende Material besteht aus 1007 Krankengeschichten von an Retroflexio leidenden Patienten. Die Frauen wurden in der Zeit vom 1. Oktober 1902 bis zum 1. April 1907 in der Heidelberger Frauenklinik klinisch behandelt. Von allen bestehen ziemlich ausführliche Krankengeschichten. Im Vergleich mit den übrigen gynäkologisch behandelten Patientinnen nehmen die an Retroflexio leidenden einen großen Raum ein. Unter 3075 überhaupt in jener Zeit klinisch beobachteten Fällen waren 1007 gleich ca. 33% Retroflexionen; danach scheint die Retroflexio ein relativ häufiges Leiden zu sein. Ein Vergleich mit den Beobachtungen anderer Kliniken zeigt äußerst wechselnde Zahlen. v. Rosthorn beobachtete in der Prager Klinik unter 6722 Fällen 16,2% Retroflexionen, Salin unter 11000 2000, = 18,2%, Krönig, damals noch in Leipzig, bekam 20%. Der von uns gefundenen Zahl entspricht die Beobachtung von Olshausen, der auch 33% angibt. Interessante Vergleiche ermöglichen die Untersuchungen von Winter und Schröder, die nicht gynäkologisch kranke Patientinnen untersuchen. Winter fand allerdings unter 303 in der Königsberger medizinischen Klinik untersuchten Fällen nur 36 = 12% Retroflexionen, dagegen findet Schröder unter 411 Fällen 118 = 22% Retroflexionen, eine Zahl, die die von Rosthorn, Salin und Krönig in gynäkologischen Kliniken gefundenen übertrifft. Diese Angaben über die Häufigkeit der Retroflexio bei gynäkologisch Kranken und nicht gynäkologisch Kranken differieren so stark, daß sich ein bestimmter Schluß darüber, ob die Retroflexio als solche wegen der von ihr ausgehenden Beschwerden die Frauen in gynäkologische Behandlung treibt, nicht ziehen läßt. Aber so viel ergibt sich doch, daß bei Frauen ohne jede gynäkologischen Beschwerden die Retroflexio oft angetroffen wird. Es muß daher eine gewisse Kategorie von Retro-

flexionen geben, die sicher keine Beschwerden machen. Nehmen wir aber an, daß die Winter'schen Fälle, wie wahrscheinlich, nur unkomplicierte Retroflexionen waren, so entsprechen dieselben der Zahl unserer unkomplicierten Retroflexionen 104 Fälle = 10,4%. *Daraus rechtfertigt sich dann der Schluß, daß die gynäkologisch unkomplicierte Retroflexio bei Frauen, welche die Hülfe eines Gynäkologen nicht in Anspruch nehmen, fast ebenso häufig ist, wie bei solchen die sich in gynäkologischer Behandlung befinden. Daß daher eine unkomplicierte Retroflexio an sich wohl keine Beschwerden macht.*

Eine Erblichkeit der Retroflexio, wie sie Heinricius annimmt, ist uns nicht aufgefallen; dagegen kann eine vererbbare Anlage zur Retroflexio wohl bestehen; so fand Nagel, daß in vielen Fällen die Retroflexio selbst, oder wenigstens die Anlage dazu kongenital sei, wenn er auch eine Rückwärtslagerung des Geschlechtsstranges selbst nicht nachweisen konnte.

Auch wir haben wie viele andere (Sellheim, Hegar) die Erfahrung gemacht, daß eine Retroflexio bei infantilen Individuen relativ häufiger ist, als bei voll entwickelten. Ohne zunächst auf die persönlichen infantilen Stigmata einzugehen, bemerkten wir, daß eine Anzahl unserer Patientinnen erbliche Belastungen aufwiesen, bei denen man erfahrungsgemäß diese oder jene körperlichen oder seelischen Bildungsanomalien beobachtet und denen vielleicht ihrerseits die Disposition von den Eltern überkommen ist. Hierher gehört vor allem die von uns gar häufig beobachtete Enteroptose und Neptroptose, bei denen wir außer der erworbenen Form auch eine kongenitale durch Hypoplasie der Bauchdecken oder des Bandapparates kennen oder durch Liegenbleiben der Nieren an einem den fötalen Verhältnissen entsprechenden tieferen Ort (Becken); besonders bei Patientinnen, die nicht durch festes Schnüren, durch Tragen von Korsetten, schweres Heben dieser Erschlaffung des Bandapparates Vorschub geleistet haben, dürfte die letztgenannte Form recht häufig sein, zumal, da das Zusammentreffen dieser Erscheinungen mit Chlorose, Tuberkulose u. s. w. oft nachweisbar ist. Einen solchen Zusammenhang nimmt auch Stiller bereits an, nur rechnet er auch die Obstipation dazu.

Wenden wir uns nun unseren statistischen Erhebungen zu: Aus den Krankengeschichten ergab sich eine hereditäre Belastung:

in 297 Fällen = 29,7%, davon waren

215 Fälle Tuberkulose,
62 „ Carcinose,
28 „ Psychosen,
5 „ von Potatorium,
3 „ von sonstigen schweren Erkrankungen.

Ein bedeutender Prozentsatz unserer Patientinnen, 369 Fälle = 36,9%, wies Affektionen auf, die man unter Umständen als Stigmata einer gehemmten Entwickelung auffassen darf.

Jene Affektionen bestanden in:

| | | |
|---|---|---|
| infantilistischen Zeichen | 36 | Fälle |
| Enteroptosen | 60 | „ |
| Chlorosen | 292 | „ |
| Rachitis | 33 | „ |
| Tuberkulosen | 76 | „ |
| Psychosen | 25 | „ |

Die verhältnismäßig geringen Zahlen für Infantilismus und Enteroptose erklären sich wohl zum Teil daraus, daß in der Heidelberger Klinik erst in letzter Zeit auf diese Erscheinung geachtet wird. Eine im weiteren Verlauf der Arbeit folgende Zusammenstellung von ca. 100 nach diesen Gesichtspunkten untersuchten Fällen wird den Beweis dafür bringen können.

Nun finden wir bei Individuen, die einerseits hereditär belastet sind, andererseits eine Schwächung ihres Organismus aufweisen, einen noch größeren Prozentsatz speziell auf eine Entwickelungshemmung oder -störung hindeutender Symptome. Eine in diesem Sinne gemachte Zusammenstellung ergab in 120 Fällen = ca. 40% eine Schwächung des Individuums. Es waren

| | | | |
|---|---|---|---|
| infantilist. Stigmata | 17 | Fälle | 14% |
| Enteroptose | 24 | „ | 20% |
| Chlorose | 63 | „ | 52% |
| Psychose | 7 | „ | 5% |
| Tuberkulose | 30 | „ | 25% |
| Rachitis | 10 | „ | 8,3% |
| Atonia coli (Obstipat.) | 101 | „ | 84% |

Da sonst infantilistische Stigmata nur in 3,5% auftraten, spricht die Häufung von 14% dafür, daß der Infantilismus mit der Retroflexio etwas zu tun hat. Fassen wir diese Beobachtung zusammen, so ergibt sich: *daß die Heredität 29,7% beträgt, die Schwächung des Individuums*

*selbst 36,9 %, während in 120 Fällen hereditär belastete Individuen auch selbst abnorm waren.* Aus diesen Zahlen läßt sich wohl der Schluß ziehen, daß die Retroflexio bei den oben genannten Patientinnen häufiger gefunden wird, *daß also die Entstehung einer Retroflexio in diesen Fällen durch kongenitale Disposition erleichtert wird.*

Ein weiteres ätiologisches Moment, das auf die Entstehung der Retroflexio einwirken könnte, wären Dammrisse und Prolapse. Wir fanden Erschlaffungszustände in der Scheide, resp. Prolapse in 335 = 33,5%, Dammrisse in 234 Fällen, Dammrisse und Prolapse zusammen in 126 Fällen. Bei der Häufigkeit der Prolapse lag es nun nahe, zu prüfen, ob nicht in einem bestimmten Alter Prolapse häufiger vorkämen, und dadurch ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Retroflexio gegeben wäre. Zu diesem Zwecke stellten wir unsere Patientinnen nach dem Alter zusammen und untersuchten, ob in bestimmtem Alter der Prolaps zusammen mit der Retroflexio häufiger auftrat. Ist dies im Climacterium der Fall, wo durch Fettschwund eine Erschlaffung des Genitales einzutreten pflegt, so dürfte man wohl annehmen, daß in diesem Falle dem primären Prolaps die sekundäre Retroflexio gefolgt war. Von unseren Patientinnen waren:

| | | | |
|---|---|---|---|
| unter 20 Jahren | | 30 = | 3 % |
| zwischen 20 | und 30 | 349 = | 34,9 % |
| „ 30 | und 40 | 344 = | 34,4 % |
| „ 40 | und 50 | 154 = | 15,4 % |
| über 50 | | 129 = | 12,9 % |

*Bringen wir die Häufigkeit der Prolapse hierzu in Beziehung, so ergibt sich, daß dieselbe mit dem Alter allmählich steigt, und daß, je älter die Patientinnen waren, desto weniger Retroflexionen ohne Prolapse resp. Dammrisse gefunden werden.*

Unter den 29 Patientinnen unter 20 Jahren fanden sich nur 2 = 6,2 % Prolapse.

Zwischen 20 und 30 Jahren stehen 238 Fälle ohne Prolaps 111 mit Prolaps gegenüber = 31,5 %.

Die Zahl steigt zwischen 30 und 40 Jahren auf 190 Fälle gegenüber 154 mit Prolaps = 44,9 %.

Im Climacterium werden die Zahlen noch größer. Hier stehen 50 prolapsfreien Retroflexionen 102 Prolapse gegenüber = 66 %.

Über 50 Jahre, beobachteten wir sogar 27 gegenüber 102 = 75 %.

Die Häufigkeit der Prolapse steigt also proportional mit dem Alter.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Unter | 20 | Jahren | 6,2 % |
| zwischen | 20 | und 30 | 31,5 % |
| „ | 30 | und 40 | 44,9 % |
| „ | 40 | und 50 | 66,3 % |
| über | 50 | | 75 %. |

Aus diesen Zahlen, die die Tatsache ergeben, daß die Prolapse im Climacterium zusammen mit der Retroflexio häufiger sind als in jüngerem Alter, möchten wir den Schluß ziehen, daß beide einer gemeinsamen Ursache ihre Entstehung verdanken, etwa der allgemeinen Erschlaffung.

Ob Geburten ätiologisch in Betracht kommen, konnten wir nicht feststellen. Es fehlt uns die Möglichkeit, hierauf näher einzugehen, da uns kaum eine Beobachtung vorliegt, wo eine Normallage erst bei einer Nulliparen und dann post partum die Retroflexio festgestellt wurde. Heinricius gibt an, daß Salin nur 12 mal bei eigens darauf gerichteter Beobachtung unter 2000 Retroflexionen die Entstehung im Wochenbett feststellen konnte. Er selbst hält die Geburten auch nicht für ein ätiologisch wichtiges Moment, vielmehr glaubt er, daß die häufige Beobachtung einer Retroflexio im Wochenbett damit zusammenhinge, daß die Frauen wegen anderer, durch die Geburten bedingter Affektionen den Rat des Gynäkologen einholen. Auch eine Statistik über die absolute Häufigkeit der Retroflexio gibt es nicht, man müßte zu diesem Zwecke eine große Anzahl Nullipare auf Retroflexio untersuchen. Die folgenden Zahlen haben also nur einen relativen Wert, insofern als das Verhältnis zwischen Nulliparen und Multiparen nur bei in gynäkologischer Behandlung befindlichen Personen festgestellt werden konnte. Vergleichende Beobachtungen finde ich bei Salin, Vedeler und Guttwein.

Salin fand unter 882 Retroflexionen 367 bei Nulliparen, 515 bei Multiparen.

Vedeler unter 312 58 bei Nulliparen, 254 bei Multiparen.

Guttweins Statistik umfaßt bei 189 Fällen 21 Nullipare, gegenüber 168 Multiparen.

Unsere Beobachtung ergab, daß 230 Nulliparen 777 Multipare gegenüberstanden.

Stellen wir diese Statistiken procentualiter zusammen, so ergibt sich:

| | Np. | Mp. |
|---|---|---|
| Salin | 41,6 % | 58,4 % |
| Vedeler | 18 % | 82 % |
| Guttwein | 11,1 % | 88,9 % |
| Heidelberger Klinik | 23 % | 77 %. |

Bei diesen 777 Multiparen der Heidelberger Klinik verteilen sich die Geburten folgendermaßen:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 p | 159 Frauen | 8 p | 49 Frauen |
| 2 p | 122 „ | 9 p | 19 „ |
| 3 p | 128 „ | 10 p | 24 „ |
| 4 p | 69 „ | 11 p | 11 „ |
| 5 p | 63 „ | 12 p | 12 „ |
| 6 p | 54 „ | ? p | 21 „ |
| 7 p | 33 „ | mehr als 12 p | 3 „ |

Die weiteren von Schultze ätiologisch erwähnten Momente sind:

1. Fixation der Cervix.
   a) Vorn durch Narben von Parametritis ant.
   b) Narben von Cervixrissen.
   c) Gangränöse Defekte.
2. Zu kurze Vagina, pueril oder senil.
3. Zu lange Portio vaginalis.
4. Mangelhafter Descensus ovariorum.
5. Schrumpfung von Exsudaten bei Adnexentzündungen.
6. Ovarialtumoren.

Auf die einzelnen Punkte möchte ich nicht näher eingehen; sie sind in den Krankengeschichten nicht einheitlich genug behandelt, um ätiologische Schlüsse zu erlauben. Was sich ermitteln ließ, werde ich bei der Zusammenstellung der gynäkologischen Befunde berichten.

Mit den Symptomen, die die Retroflexio machen sollte, hat sich zunächst Schultze beschäftigt. Als nicht gynäkologische Beschwerden nennt er allgemeine nervöse Beschwerden, Depression, Kopfschmerzen, Magendruck, rasches Ermüden beim Gehen. Gynäkologische Beschwerden sind bei ihm: Kreuzschmerzen, Drang nach unten, Obstipation, Dysmenorrhoe, Sterilität, Aborte. Als weitere seltenere Klagen werden angegeben: hohles Gefühl im Schädel (Küstner), Globusgefühl, Gefühl als ginge man auf Filzsohlen (v. Winckel) Konvulsionen (v. Winckel). Der hier ausgesprochenen Ansicht, daß die Retroflexio überhaupt typische Beschwerden mache,

tritt zuerst Theilhaber entgegen mit der Behauptung, daß eine Retroflexio an sich überhaupt keine Beschwerden mache. Diesen Ansichten schloß sich Winter an. Theilhaber machte zunächst darauf aufmerksam, daß die jetzt für die Retroflexio als typisch bezeichneten Beschwerden früher als pathognomisch für die Anteflexio gegolten hätten. Die Richtigkeit seiner Behauptung stützte er auf 180 Fälle von Anteflexio und 77 Fälle von Retroflexio. Er fand bei Anteflexio in 65 % Kreuz- und Leibschmerzen, gegen 72 % bei Retroflexio. Nach Krönig und Feuchtwanger hatten von 136 Frauen 44 % diese Beschwerden bei anteflektiertem, nur 40 % bei retroflektiertem Uterus. Winter dehnte diese Untersuchung auf das Material der medizinischen Klinik zu Königsberg aus und fand bei uncomplicierter Retroflexio keine einzige Frau, die von ihrer Retroflexio Beschwerden hatte. Auch Heinricius sah, ebenso wie Freudenberg, dieselben Symptome bei Anteflexio wie bei Retroflexio. Noch interessanter sind die Beobachtungen von Mathes, der genau dieselben Klagen bei Enteroptose und Wanderniere feststellen konnte. Salin sah dieselben Beschwerden bei Rückenmarkserkrankungen, Wirbelsäulenaffektionen, Hysterie, Neurasthenie und Pyelitis.

Wenden wir uns zunächst den Klagen zu, die mit einer Affektion des Genitales nichts zu tun zu haben scheinen, so finden wir dieselben auffallend häufig. Wir verstehen unter diesen nicht gynäkologischen allgemeinen Klagen:

1. Allgemeine nervöse Beschwerden, wie Hitze- und Kältegefühl, Kribbelgefühl an den Beinen, abnorme Sensationen, Wallungen zum Kopf und andere Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage.
2. Mit dem Magen in Zusammenhang stehende nervöse Beschwerden.
3. Kopfschmerzen.
4. Abnorme Sensationen von Seiten des Herzens.

Schultze faßt diese Klagen als Reflexerscheinungen von Seiten des Uterus auf; unter Hinweis auf die durch die Lagekorrektur erzielten Erfolge tritt auch Küstner für einen Zusammenhang dieser Beschwerden mit der Lageveränderung ein. Er glaubt, daß in vielen Fällen eine peritoneale Reizung im Spiele sei. Auch Skutsch neigt dieser Ansicht zu, einer Ansicht, die bereits Menge in einem Vortrage ausgesprochen hatte. Er sagt, daß wohl die Retroflexio für diese nervösen

Symptome insofern nicht ganz ohne Bedeutung sei, als durch lokale Veränderungen bedingte Reize von einem geschwächten Nervensystem leichter empfunden werden, als von einem kräftigen normalen. Für mehr nebeneinanderstehend, für coordiniert, hält Stiller Retroflexio und geschwächtes Nervensystem, für die Erscheinung der Asthenia universalis congenita. Ganz unabhängig von einander, meint Krönig, seien Retroflexio und nervöse Beschwerden. Er glaubt an eine zufällige Coinzidenz von Nervenkrankheit und Genitalsanomalie. Derselben Ansicht ist auch Heinricius. Er meint, daß die genannten Symptome absolut unabhängig von der Retroflexio sind und beruft sich dabei auf Krafft-Ebing, der sagt, daß der Einfluß der Genitalerkrankungen bei der Frau ein gewaltig überschätzter sei. Diese Ansicht bestätigt Theilhaber durch die von ihm seit einem Jahre ohne Lagekorrektur geübte Therapie. Er will dabei wesentlich bessere Erfolge gesehen haben, als bei der von ihm früher angewandten Ring- oder operativen Behandlung.

Gehen wir nun zu den Ergebnissen unserer Untersuchungen über, so fanden wir bei 322 Frauen = 32,2 % die oben genannten nervösen Symptome. Davon hatten nur 20 Patientinnen lediglich nervöse Beschwerden; die übrigen hatten die eine oder andere direkt aufs Genitale bezügliche lokale Klage. Diese geringe Zahl von 20 Fällen darf uns nicht Wunder nehmen; naturgemäß werden sich in die Behandlung einer Frauenklinik nur solche Frauen begeben, die gynäkologische neben den anderen Beschwerden haben. Bei den 20 Patientinnen handelte es sich zum großen Teil um Fälle, bei denen erst gelegentlich einer während der allgemeinen Untersuchung draußen angestellten Genitaluntersuchung eine Retroflexio festgestellt wurde. Der Arzt sah in der Retroflexio die Quelle der Klagen und schickte die Frau deshalb in die Frauenklinik. Ob diese Patientinnen durch die Behandlung der Retroflexio von ihren Beschwerden ganz befreit worden sind, läßt sich nur bei relativ wenigen feststellen. Es handelte sich naturgemäß um Fälle, die nur einer konservativen Behandlung unterzogen wurden und bei denen eine längere Beobachtungszeit nicht vorliegt. Bei diesen nervös disponierten Patientinnen haben wir den einzelnen Symptomen weiter nachzuforschen versucht und verhältnismäßig häufig einige Symptome besonders hervortretend gefunden.

Die von uns als allgemeine nervöse Beschwerden unter

No. 1 zusammengefaßten Beschwerden fanden wir in 133 Fällen als alleinige Klagen, dieselben bestanden mit anderen lokalen Beschwerden zusammen in 77 Fällen.

Der Nachweis von Magenbeschwerden gelang uns in 139 Fällen. 107 Patientinnen hatten als einzige nervöse Beschwerden Klagen über den Magen. Mit den allgemeinen nervösen Beschwerden fielen die Magenbeschwerden in 25 Fällen zusammen, in 7 Fällen kam zu den oben genannten Symptomen auch noch Herzklopfen. Zum Vergleich möchte ich die Arbeit von Guttwein heranziehen, der in 6,8 % (wir: 13,9 %) Magenbeschwerden nachweisen konnte; leider nur in wenigen Fällen wurde die funktionelle und motorische Magenuntersuchung ausgeführt. Der Befund ergab in allen unseren Fällen eine vollkommen normale Beschaffenheit des Magens. Diese Beobachtung stimmt von der mit Jaffé überein. Derselbe fand trotz Anorexie normale funktionelle Verhältnisse.

Kopfschmerzen fanden wir in 152 Fällen. Als einzige nervöse Klage wurden sie von 80 Patientinnen angegeben. In Verbindung mit den allgemeinen nervösen Beschwerden standen sie in 28 Fällen, mit Herzklopfen zusammen finden wir es in 17 Fällen. Unsere Beobachtungen stimmen mit denen Freudenbergs überein. Derselbe findet in nur ganz wenigen Fällen von Retroflexio Kopfschmerzen.

Als letztes der nervösen Symptome wäre das Herzklopfen zu erwähnen. 44 unserer Patientinnen klagten darüber, davon 17 über keine anderen nervösen Beschwerden.

*Wir finden also unter 1007 Kranken 322 mit nervösen Beschwerden, so daß wohl ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden der Retroflexio und einer Schwächung des Nervensystems sich nicht von der Hand weisen läßt.*

Anfügen möchte ich hier eine, vielleicht als Unfallsneurose zu bezeichnende Beobachtung, eine angeblich akute Entstehung der Retroflexio nach einem Trauma, eine Entstehung, die nach den Angaben Schultzes und Fritsch's möglich ist. 12 unserer Patientinnen führten mit aller Bestimmtheit ihre Beschwerden direkt auf einen Unfall zurück.

Von den auf lokale Ursachen zurückzuführenden Klagen nenne ich Schmerzen im Unterleib, im Kreuz, Drang nach unten, Fluor, Blasenbeschwerden, Obstipation, Veränderungen der Menses. Über diese Beschwerden klagen im Gegensatz zu den 20, die nur nervöse Beschwerden hatten, 947 Patientinnen. Die übrigen 39 Frauen befanden sich wegen

anderer Affektionen in Behandlung und hatten trotz ihrer Retroflexio keine eigentlichen Klagen. Es waren dies 1. in der Mehrzahl der Fälle complicierte Dammrisse, die Frauen wurden von den Ärzten zur Naht des Dammes direkt nach der Geburt eingewiesen, oder 2. Prolapse, die keine Beschwerden machten.

Eine große pathognomische Bedeutung für die Retroflexio wurde von jeher den Kreuzschmerzen beigelegt. Es erhebt sich nur die Frage, ob man dieselben zu den lokalen oder nervösen Beschwerden rechnen soll, denn auch beim Manne treten häufig Kreuzschmerzen auf und gelten dann im allgemeinen als ein Zeichen der Neurasthenie; doch wird nicht von allen Ärzten diesem Zeichen eine große Bedeutung beigelegt. Mit Theilhaber bezweifelt auch Freudenberg die Wichtigkeit dieses Symptoms, vor allem betont er, daß die Lokalisation der Kreuzschmerzen eine äußerst unbestimmte sei. Er führte die Klagen auf eine gleichzeitig bestehende Cystitis und Obstipation zurück; ebenso wie er, glaubt auch Theilhaber, daß die Kreuzschmerzen ebenso häufig oder gar häufiger bei Anteflexio vorkämen. Er beobachtete 63,3 % bei Retroflexio gegenüber 78,8 % bei Anteflexio. Nach Heinricius fehlen Kreuz- und Rückenschmerzen bei keiner gynäkologischen Erkrankung. Salin hält Kreuzschmerzen für ein Symptom der Myositis. Aus unserem Material ergibt sich *eine verhältnismäßig geringe Zahl von Kreuzschmerzen, nur 452 Patientinnen klagen darüber.* Guttwein beobachtete bei seinem kleinen Material von 189 Fällen ebenfalls 45 % = 85 Fälle.

Als zweites lokales Symptom werden Schmerzen im Leibe und im Rücken genannt. Von uns wurden auch die in der Unterbauchgegend rechts und links lokalisierten Schmerzen dazu gerechnet. Wir fanden 49,2 % im Gegensatz zu Guttwein mit 81 %. Derselbe definiert aber nicht, was er unter diesen Klagen zusammenfaßt.

Ob die Schmerzen im Bein von ziehendem Charakter zu den lokalen Symptomen zu rechnen sind (2,6 % unserer Statistik gegenüber 4,7 % von Guttwein) möchten wir nicht entscheiden. Es dürfte nach den neuesten Untersuchungen Theilhabers zweifelhaft sein, daß, wie man früher annahm, der retroflektierte Uterus auf den Nervenplexus drücke und dadurch Ischiassymptome hervorrufen könne. Theilhaber stellte nämlich fest, daß der Uterus nicht einmal eine Kompression des Mastdarms, geschweige denn eine Kompression

des Nervenplexus bewirken könne. Ein auffallendes Verhalten zeigen oft die Menses, die häufiger und profuser auftreten. Auch sollen die Schmerzen bei der Menstruation vermehrt sein. Im allgemeinen werden die Menstruationsanomalien als ein Zeichen einer gleichzeitig bestehenden Endometritis (Heinricius) angesehen. Theilhaber steht auch hier auf einem absolut ablehnenden Standpunkte. Er fand ebensoviel Menstruationsanomalien bei anteflektiertem, wie bei retroflektiertem Uterus. Wir fanden Anomalien der Menstruation in 355 Fällen = 35,5 %, gegenüber Guttwein mit 15,3 %.

Auch der Fluor wird mit einer gleichzeitig bestehenden Endometritis in Zusammenhang gebracht; allerdings sind auch hierüber die Ansichten geteilt. v. Winckel glaubt, daß der Fluor erst durch die Retroflexio hervorgerufen werde, Olshausen hält den Fluor für unabhängig von der Retroflexio, Theilhaber beobachtete keine Besserung des Fluors nach der Lagekorrektur. Oft mag der Fluor auch Teilerscheinung einer complicierenden Gonorrhoe sein, oft eine Erscheinung einer einfachen, allgemeinen Konstitutionsschwäche. Ein genaues Bild, wie oft überhaupt in unseren Fällen Fluor vorhanden war, gibt unsere Statistik nicht, denn nur, wenn derselbe subjektive Beschwerden machte, die Patientin also der Behandlung zuführte, wurde Fluor als Klage notiert. Daraus erklärt sich wohl die Differenz zwischen Guttwein's und unseren Angaben. 10 % unserer Statistik gegenüber 41,8 % bei Guttwein.

Mit Dammrissen und Prolapsen hängt wohl der von Schultze als ein Symptom der Retroflexio in Anspruch genommene Drang nach unten zusammen. Wir fanden ihn in 269 Fällen = 26,9 %; darauf, daß unter Umständen der Prolaps das primäre Leiden sein könne, wiesen wir bereits in der Ätiologie hin. Daß nur 234 Dammrisse, also 23,4 %, festgestellt wurden, hängt wohl damit zusammen, daß früher entstandene Dammrisse unter Umständen nicht leicht festzustellen sind; denn nach einer oberflächlich entstandenen Verheilung können sich Zerreißungen im Septum rectovaginale unserer Kenntnis immer noch entziehen.

Ein auffallender Zusammenhang besteht zwischen den Klagen von Seiten des Genitale und Beschwerden von Seiten der Excretionsorgane. Schultze war der erste, der auf die Häufigkeit hinweist, mit der Obstipation in Zusammen-

hang mit Retroflexio steht. Dabei beobachtete er häufig den Druck auf den Mastdarm, den wir nur in 8 Fällen nachweisen konnten. Derselbe scheint indes auch nach neueren Autoren häufiger zu sein. Er erklärt denselben durch den Druck des Uterus auf das Rectum, eine Ansicht, der Theilhaber gegenübertritt. Die Obstipation selbst beobachteten wir in 33,9 % der Fälle (Guttwein 49 %). Ätiologisch ließe sich dieselbe vielleicht so erklären, daß bei gynäkologischen Affektionen jeder Stuhlgang mit Schmerzen verbunden ist und deshalb herausgeschoben wird, wodurch dann sekundär die Obstipation entsteht. Andererseits gehört nach Stiller die Obstipation als vollwertiges Symptom zur Asthenia universalis congenita. Der Schultze'schen Ansicht, daß bei der Retroflexio Obstipation häufiger sei, als bei Anteflexio tritt Theilhaber entgegen, der bei Anteflexio dieselbe Häufigkeit der Obstipation beobachtet hat, wie bei Retroflexio. Diese Beobachtungen bestätigt Freudenberg aus der Landau'schen Klinik in Berlin.

Von den Excretionsorganen ist es weiter die Blase, die Beschwerden machen soll, und in der Tat beobachteten wir häufig Retroflexio zusammen mit Blasenbeschwerden; als Blasenbeschwerden wurden angesehen: vermehrter Harndrang, infolge dessen Vermehrung der Zahl der Miktionen, Schmerzen bei der Entleerung, Brennen beim Wasserlassen. Ob diese Beschwerden aber durch die Retroflexio an sich hervorgerufen werden, ist eine zweite Frage, die die meisten Beobachter verneinen. Das Brennen kann ebensogut Teilerscheinung einer Gonorrhoe, der Drang nach unten Complication eines Prolapses sein; Witthauer führt die Beschwerden auf Schrumpfung in den Parametrien zurück, Freudenberg und Heinricius glauben, daß bei einer Retroflexio Blasenbeschwerden nur durch nervöse Veranlagung zustande kommen können. Eine mechanische Erklärung versucht Skutsch. Er meint, daß die Beschwerden sich durch den Druck der häufig hypertrophischen Cervix auf den Blasenhals erklären. Theilhabers Feststellung, daß bei Anteflexio ebensoviel Blasenbeschwerden vorkommen wie bei Retroflexio, ist nicht stichhaltig, denn wenn man eine mechanische Erklärung versucht, drückt bei der Anteflexio das Corpus, bei Retroflexio die Portio auf die Blase. Wir fanden Blasenbeschwerden in 21,3 %.

Weitere Klagen, die unsere Patientinnen in die Klinik führten, waren die Sterilitätsklagen. Aus diesem Grunde

kamen 26 = 2,6 % unserer Patientinnen; einige von diesen konnten nach Jahren nachuntersucht werden. Bei denselben wurde durch die Lagekorrektur die Sterilität nicht gehoben, indes läßt sich daraus nicht entscheiden, ob die Retroflexio mit der Sterilität in Beziehung steht. Die Ansichten darüber sind direkt entgegengesetzt. Olshausen spricht sich für den Zusammenhang in der Weise aus, daß durch die Retroflexio Sterilität bedingt sein kann, während Vedeler der Retroflexio einen mindestens die Conception begünstigenden Einfluß zuschreibt. Er beobachtete nämlich, daß die mit Retroflexio behafteten Frauen 4,12 Kinder bekommen, gegenüber der normalen Fruchtbarkeit in Norwegen von 3,8 Kindern für die einzelne Frau.

Pfannenstiel nimmt an, daß nur die congenitale Retroflexio oft verbunden mit Hypoplasie des Genitale Sterilität bedingen könne. Heinricius und Skutsch dagegen suchen die Ursachen der Sterilität in den Complikationen der Retroflexio, vor allem der Gonorrhoe.

Auf die Complikationen glauben wir, ebenso wie Freudenberg, die von uns beobachteten Cohabitationsbeschwerden zurückführen zu dürfen; neben allgemeiner Nervosität kommen da vor allem die schmerzhaften Entzündungen des Uterus, Prolaps und Descensus in Betracht.

Stellen wir die gewonnenen Resultate zusammen, so hatten:

*20 Patientinnen nur allgemein nervöse, nichtgynäkologische Klagen, 705 Patientinnen nur lokale Klagen, 302 hatten sowohl allgemeine wie lokale Klagen.*

Die geringe Zahl der Patientinnen, die nicht gynäkologische Beschwerden hatten, erklärt sich aus dem uns zur Verfügung stehenden Material. Wenigstens bei unseren Patienten hat also die bei weitem überwiegende Zahl lokale Beschwerden und *es ist die Annahme berechtigt, daß bei diesen die Retroflexio mechanisch oder durch ihre Complikationen an der Entstehung der Beschwerden beteiligt ist.*

Inwieweit die Complikationen an den Beschwerden beteiligt sind, wollen wir festzustellen versuchen, indem wir zunächst auf die Erscheinungen eingehen, die die mit Prolaps complicierte Retroflexio macht. Stellen wir in genau derselben Weise, wie oben, die Zahlen fest und vergleichen

dieselben mit den in der ersten Zusammenstellung gewonnenen, so ergibt sich folgendes Bild:

| | 1007 Fälle: die gesammten Retroflexionen: | 297 Fälle: Retroflexio und Prolaps.: |
|---|---|---|
| Allgem. nerv. Beschw. | 133 = 13,3 % | 38 = 12,9 % |
| Magenbeschwerden | 139 = 13,9 % | 33 = 11,1 % |
| Herzklopfen | 44 = 4,4 % | 11 = 3,7 % |
| Kopfschmerzen | 152 = 15,2 % | 33 = 11,1 % |
| Schmerzen im Bein | 26 = 2,6 % | 8 = 2,7 % |
| Kreuzschmerzen | 452 = 45,2 % | 137 = 49 % |
| Schmerzen im Unterl. | 492 = 49,2 % | 121 = 44,8 % |
| Drang nach unten | 269 = 26,9 % | 164 = 55,5 % |
| Menstruationsanomal. | 355 = 35,5 % | 93 = 31,5 % |
| Blasenbeschwerden | 213 = 21,3 % | 107 = 36,2 % |
| Obstipation | 339 = 33,9 % | 100 = 34,6 % |
| Fluor | 100 = 10 % | 53 = 14,9 % |
| Sterilität | 26 = 2,6 % | 3 = 1 % |
| Keine Klagen | 39 = 3,9 % | 20 = 7 % |

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß der Procentsatz einzelner Klagen bei durch Prolaps complicierter Retroflexio erheblich gesteigert ist. Während die nicht gynäkologischen Beschwerden in ihrem Procentsatz nur geringe Schwankungen aufweisen, finden wir die rein gynäkologischen Klagen häufig gesteigert, vor allem ist es der Drang nach unten, der Fluor und die Blasenbeschwerden, die eine ganz erhebliche Steigerung aufweisen, und diese Klagen dürften sich dann wohl auch in den meisten Fällen auf den complicierenden Prolaps beziehen lassen. Die große Zahl der Patientinnen, die keine Klagen hatten, erklärt sich wohl daraus, daß 20 Patientinnen lediglich zur Beseitigung eines Prolapses, der keine Beschwerden machte, die Klinik aufsuchten.

*Dadurch scheiden nach unserer Auffassung die Blasenbeschwerden, der Drang nach unten, der Fluor aus dem Symptomenbild der Retroflexio aus, sie scheinen durch den complicierenden Prolaps bedingt zu sein.*

Jetzt handelt es sich darum, an der Hand möglichst uncomplicierter Retroflexionen zu prüfen, ob bestimmte der genannten Symptome bei der Retroflexio ohne Complikationen häufiger sind.

Zu diesem Zwecke wurde aus dem uns zur Verfügung

stehenden Material alle diejenigen Patientinnen ausgesucht, bei denen außer der Retroflexio ein pathologischer Befund im Genitale nicht erhoben wurde.

Es waren dies im ganzen 104 Fälle, die, soweit die Krankengeschichten Auskunft geben, als reine Retroflexionen zu gelten haben und zwar sind unter diesen 104 uncomplicierten Fällen 74 Nullipare und 30 Multipare. In Bezug auf die einzelnen Beschwerden ergibt sich bei sämtlichen 104 Fällen folgendes Bild:

| | |
|---|---|
| Allgemein nervöse Beschwerden | 24 = 23 % |
| Magenbeschwerden | 24 = 23 % |
| Kopfschmerzen | 19 = 18,2 % |
| Herzklopfen | 8 = 7,6 % |
| Kreuzschmerzen | 57 = 54,8 % |
| Schmerzen im Bein | 1 = 0,9 % |
| Schmerzen im Leib | 54 = 51,9 % |
| Blasenbeschwerden | 8 = 7,5 % |
| Obstipation | 32 = 30,7 % |
| Fluor | 16 = 15 % |
| Drang nach unten | 10 = 9,6 % |
| Menstruationsanomalien | 39 = 37,5 % |
| Keine Klagen | 3 = 2,8 % |
| Sterilität | 0 = 0 %. |

Das Auffallende ist bei diesen Angaben *die Steigerung der nicht gynäkologischen Beschwerden; auch Kreuzschmerzen und Schmerzen im Leib sind in gesteigertem Maße vorhanden.* Entsprechend der vorhergehenden Statistik sind: *Blasenbeschwerden und Drang nach unten in geringeren Prozentzahlen vertreten.* Auffallend sind die vielen Patientinnen, die über Fluor klagten; eine gleiche Steigerung des Fluors beobachteten wir bei der mit Prolaps complicierten Retroflexio.

Um ein noch deutlicheres Bild zu bekommen, möchten wir in folgendem die Retroflexionen bei Nulliparen gesondert betrachten. Es wäre doch möglich, daß die 30 Multiparen bei der Geburt irgendwelche Schädigung davongetragen haben, die in den Klagen ihren Ausdruck findet. Die Zusammenstellung ergibt folgendes Bild.

| | |
|---|---|
| Allgemein nervöse Beschwerden | 18 = 24,3 % |
| Magenbeschwerden | 18 = 24,3 % |
| Herzklopfen | 7 = 9,4 % |
| Kopfschmerzen | 14 = 19 % |
| Schmerzen im Bein | 1 = 1,3 % |
| Kreuzschmerzen | 33 = 44,4 % |

| | |
|---|---|
| Leibschmerzen | 32 = 43,1 % |
| Menstruationsanomalien | 33 = 44,4 % |
| Drang nach unten | 3 = 5,2 % |
| Fluor | 10 = 13,5 % |
| Obstipation | 22 = 30 % |
| Blasenbeschwerden (nervöse Inidiv.) | 4 = 5,4 % |
| Keine Klagen | 2 = 2,7 % |

Fassen wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen über die Symptome zusammen, so ergibt sich folgendes:

*1. Als Symptome der Retroflexio scheiden aus: Blasenbeschwerden und der Drang nach unten; beide hängen mit dem Prolaps zusammen.*

*2. Die nicht gynäkologischen Symptome steigern sich bei reiner Retroflexio. Man kann daher mit einigem Rechte annehmen, daß in der Symptomatologie der Retroflexio die Neurasthenie überhaupt eine große Rolle spielt d. h.,* daß die Retroflexio bei gleichzeitig neurasthenischen Individuen mehr Beschwerden macht; ebenso beobachteten wir *eine Steigerung der Menstruationsanomalien. Die vermehrte Beobachtung von Fluor* dürfte wohl dadurch bedingt sein, daß wir es bei diesen nicht complicierten Fällen häufig mit chlorotischen Individuen zu tun haben, oder auch mit Endometritis aus unbekannter Ursache. Vielfach dürfte es sich auch um eine einfache Stauungsmetritis handeln.

*3. Die übrigen Erscheinungen blieben ziemlich unabhängig davon, ob sie bei reiner oder complicierter Retroflexio beobachtet wurden. Ein sicherer Schluß darüber, ob diese Beschwerden mit der Retroflexio oder deren Complikationen zusammenhängen, läßt sich daher nicht machen,*

Einen weiteren Einblick gestatten die Krankengeschichten in die in Verbindung mit den Retroflexionen beobachteten Complikationen. Wie oben bereits erwähnt, finden sich nur 104 Fälle, bei denen die Retroflexio scheinbar unkompliciert war, = 10,4 %. Von diesen gelangten 74 bei Nulliparen, 30 bei Multiparen zur Beobachtung. Von den ersteren ließen 49 mit einiger Sicherheit sich als congenital ansprechen. Auffallend ist der Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit von Complikationen bei Multiparen und Nulliparen. Auf 230 Nullipare der gesamten Zusammenstellung kommen 75 = ca. 33 % mit unkomplicierten Retroflexionen, während auf 777 Multipare nur 30 unkomplicierte = 3,9 % kommen. *Darnach dürften die Multiparen wohl*

*hauptsächlich der Complikationen wegen sich in ärztliche Behandlung begeben haben.* Andere Beobachtungen machte Freudenberg; derselbe fand unter 423 Retroflexionen 84 = 19,9 % unkomplicierte. Zu denselben Resultaten kommt v. Rosthorn, der unter 1094 Retroflexionen (Paræ und Nulliparæ) 230 = 21 % unkomplicierte fand. Winter gibt nur 6,6 % in 90 Fällen an, Guttwein fand unter seinen 189 Fällen keinen einzigen unkomplicierten.

Von den pathologischen Befunden am Genitale selbst wollen wir zunächst die Veränderungen am Uterus besprechen. In 327 Fällen gelang es uns eine Metritis, Peri- oder Endometritis nachzuweisen. Ob diese Veränderungen durch die Retroflexio bedingt sein können, müssen wir dahingestellt sein lassen. Die Ansichten darüber sind sehr verschieden. Küstner glaubt, daß Metritis und Endometritis durch ein Stauungsödem des ganzen Uterus infolge der Knickung bedingt seien. Dem gegenüber fand Theilhaber, daß eine Lagekorrektur auf den Ausfluß, das Zeichen einer Endometritis, keinen Einfluß habe, und vor allem, daß der Grad der Knickung und die Stärke des Ausflusses vollkommen unabhängig von einander seien. Dies bestätigte Winter, der unter 15 Endometritiden 10 sicher nachwies, die mit dem Grad der Knickung nicht zusammenhingen. Die Küstnersche Theorie, nach welcher Stauungsödem die Ursache der Endometritis sein sollte, bekämpfte Heinricius. Er fand es unerklärlich wie bei dem starken Blutreichtum des Uterus sich nicht die umgebenden Collateralbahnen entwickeln sollten. v. Rosthorn fand in 51 % Veränderungen am Uterus.

Weitere pathologische Veränderungen fanden wir in der Vagina. Dieselbe soll in manchen Fällen durch die abnorme Kürze ihrer vorderen Wand ätiologisch eine Retroflexio verursachen. Wir fanden nur 3,6 % Veränderungen im Gegensatz zu Sellheim, der bei 11,1 % aller Retroflexionen embryonale Residuen nachweisen konnte.

Wie schon früher erwähnt, fanden wir bei 32,7 % Kranken einen Prolaps oder Descensus. v. Rosthorn gibt nur 27 % an. Den Zusammenhang dieser Affektionen mit der Retroflexio gibt auch Theilhaber zu. Er ist der Ansicht, daß eine Retroflexio für die Entstehung des Prolapses günstiger sei als eine Anteflexio.

Eine weitere Complikation der Retroflexio bilden die Tumoren, die wir im ganzen in 113 Fällen fanden. Inwieweit diese Neubildungen am Zustandekommen der Retro-

flexio beteiligt waren, ließ sich nicht ermitteln; denn es kamen nur wenige Fälle zur Beobachtung, in welchen die Lage des Tumors in der vorderen Uteruswand ätiologisch in Betracht kam, oder in denen beim Entstehen eines Tumors das Bestehen einer Retroflexio festgestellt werden konnte. Es handelte sich in diesen Fällen um 39 Polypen, 42 Myome, 32 Carcinome. Die Polypen haben nur dann eine Bedeutung, wenn sie lang und starr sind und den Uterus dadurch wie eine lange Portio in die Scheidenaxe einrichten. Unter den Carcinomen wurde 1 Fall sicher beobachtet, bei dem die Retroflexio dem Carcinom vorausging.

Veränderungen in den Adnexen fanden wir in 163 Fällen. Die relativ große Zahl gegenüber der von v. Rosthorn beobachteten (16,3 : 7 %) erklärt sich wohl daraus, daß wir als Affektionen der Adnexe auch Schwellungen der Ovarien bezeichneten. Küstner führt diesen großen Procentsatz von Adnexerkrankungen darauf zurück, daß eine Kompression und dadurch eine Stauung der Ovarialgefäße durch den nach hinten liegenden Uterus stattfindet. Er glaubt, daß diese entzündlichen Processe oft Coeffekte der Gonorrhoe sind, die durch die örtliche Blutstauung gesteigert werden. Den mangelhaften Descensus der Ovarien, den Schultze in der Ätiologie der Retroflexio betont, fanden wir in einigen Fällen. Theilhaber legt demselben keine besondere Bedeutung bei, wohl aber Sellheim und A. Mayer in ihren Arbeiten über den Infantilismus. In Znsammenhang mit diesen Affektionen an den Adnexen steht die Tubargravidität, die bei uns in 0,7 % aller Fälle beobachtet wurde. Küstner erklärt die relative Häufigkeit derselben aus der durch die Retroflexio bedingten rechtwinkligen Abknickung der Tuben. Über den Zusammenhang zwischen Ovarialtumoren und Retroflexio ist Schultze der Ansicht, daß die Retroflexio uteri das Primäre, der Ovarialtumor das Sekundäre sei. Er teilt mit, daß in 35,3 % aller überhaupt beobachteten Fälle von Ovarialtumoren der Uterus retroflektiert gelegen habe. Küstner schließt sich dieser Ansicht an. Wir fanden unter unseren Fällen 36 Fälle = 3,6 % von Ovarialtumoren. Guttwein unter 189 9 Fälle = 4,7 %. Wir vermögen aus dem vorliegenden Material keinen sicheren Schluss zu ziehen, hatten aber nicht den Eindruck, als ob eine Retroflexio direkt zu einem Ovarialtumor führen könne.

Auf die Bedeutung, die Veränderungen in der Umgebung des inneren Genitale, im Beckenbindegewebe, Ver-

wachsungen am Peritoneum, Veränderungen in der Umgebung der Adnexe, für die Retroflexio haben, macht Schultze bereits aufmerksam. Auch Küstner weist auf diese Ätiologie hin und betont besonders die Wichtigkeit pelveoperitonitischer Verwachsungen. Auch er legt Wert auf Veränderungen in den Adnexen. Bei uns gelangten diese Veränderungen in 227 Fällen zur Beobachtung.

Über die Beziehung des Dammrisses zur Retroflexio haben wir bereits gesprochen. Eine infantile Veränderung am Damm, ein Muldendamm, wurde in 10 Fällen gefunden.

Von weiteren pathologischen Veränderungen ist die Beobachtung einer großen Anzahl von Erosionen auffallend, die aber wohl als Folgeerscheinung der Endometritis aufgefaßt werden müssen. Nach Theilhaber stehen sie nicht in Beziehung zur Retroflexio. Zum Schluss dieser Betrachtungen möchte ich unsere Ergebnisse mit denen anderer Kliniken vergleichen.

| | Prager Klinik 1094 Fälle | Königsberger Kl. 90 Fälle | Landau'sche Kl. 423 Fälle | Heidelberger Kl. 1007 Fälle |
|---|---|---|---|---|
| Unkompl. Retroflexio | — | 6 = 6,6% | 84 = 19,9% | 104 = 10,4% |
| Veränderung am Uterus | 51 % | 15 = 16,6% | — | 327 = 32,7% |
| Erschlaffungs-Zustände | 295 = 27% | 6 = 6,6% | 63 = 14,9% | 345 = 34,5% |
| Veränd. a. d. Vag. | (Sellheim-Freiburg: 11 %) | | — | 36 = 3,6% |
| Neoplasmen | nur Myome 2,2% | — | — | 13 = 11,3% |
| Adnexaffectionen | 7% | 31 = 34% | 111 = 38,1% | 163 = 16,3% |
| Veränder. i. d. Param. etc. | — | 18 = 20% | — | 227 = 22,7% |
| Ovarialtumoren | — | — | — | 37 = 3,7% |
| Laceration | 2% | — | — | 44 = 4,4% |
| Erosionen | — | — | — | 124 = 12,4% |
| Dammrisse | — | — | — | 234 = 23,4% |
| Gravidität | 2% | — | — | 19 = 1,9% |
| Elongatio colli | 7% | — | — | — |

Damit möchte ich die Beobachtungen über Ätiologie, Symptomatologie und Befund der Retroflexionen schließen und nun an der Hand der therapeutischen Erfolge feststellen, ob mit der Lagekorektur die Beschwerden schwinden oder nicht. Die nur konservativ oder nur mit Ring behandelten Fälle lasse ich außer Acht, sie sind zu kurz beobachtet, um aus ihnen nur einigermaßen sichere Schlüsse ziehen zu können. Dagegen waren die operativ behandelten Fälle durchweg länger in Beobachtung und bieten daher in Bezug auf den erreichten therapeutischen Erfolg eine gewisse Sicherheit.

Unser operatives Material umfaßt 354 Fälle. Von diesen fallen 35 Fälle weg, bei denen wegen anderer

Complicationen die Totalexstirpation gemacht wurde. Bei den übrigen 319 Fällen wurde die Lagekorrektur operativ vorgenommen. An ihnen wollen wir festzustellen versuchen, ob die Retroflexio an sich Beschwerden macht oder nicht.

Betrachten wir zunächst *das Verhältnis der operierten Fälle zu den nichtoperierten Fällen.* Dasselbe ist äußerst schwankend. Hält man die Complicationen für die Ursache der Beschwerden, so wird man bei einer Frau, die sich einer längeren Behandlung unterziehen und sich schonen kann, sich wesentlich langsamer zu einer Operation entschließen, als bei einer Frau, die schwer arbeiten muß. Demgemäß variieren die Zahlen aus der Privatpraxis und Kassenpraxis sehr stark. Eine Erläuterung hierzu gibt Andersch: unter 1064 poliklinischen Patientinnen wurden nach seiner Angabe 28,6 % operiert, unter 996 Privatpatientinnen nur 2,4 %.

*Auch die Indikationen, nach der die einzelnen Operateure operieren, sind sehr verschieden.* Während Dührssen die Vaginofexation für nicht gefährlicher als eine Curettage hält, und es für eine Unterlassung erklärt, nicht, wenn irgend möglich, dieselbe auszuführen, glauben andere, daß die mit der Fixation erreichten Resultate nicht im Verhältnis zu den Gefahren stehen. Sie operieren dementsprechend weniger, oder führen die Operationen nur im Zusammenhang mit anderen Eingriffen aus. Der Procentsatz der von uns operierten Fälle entspricht ungefähr dem von der Prager Klinik veröffentlichten, wo unter 287 Fällen 92 mal operiert wurde = 33 %.

*Um nun über die funktionellen wie mechanischen Erfolge der an der Heidelberger Klinik ausgeführten Fixationen, sowie über die darnach aufgetretenen Schwangerschaften und Geburten ein möglichst genaues Bild zu bekommen, führten wir umfangreiche Nachuntersuchungen durch.* Von den 312 Fällen ließ sich bei 290 die Adresse ermitteln. Von diesen 290 Frauen wurden 110 nachuntersucht, 31 berichteten schriftlich über ihr Befinden. Um über eine möglichst große Anzahl von Beobachtungen zu verfügen, habe ich, soweit es ging, auch die übrigen Krankengeschichten herangezogen.

An Operationen wurden gemacht: die ventrale Fixation nach Olshausen, die vaginale Fixation, beide den Ligg. rotundis, äußerst selten, nur in 2 Fällen wurde die Verkürzung der Ligg. rotunda nach Alexander Adams gemacht.

Bevor ich auf die ausgeführten Operationen eingehe, möchte ich kurz die Symptome und den Befund, wie er sich vor der Operation ergab, betrachten. Entsprechend den Indikationen, die zur Operation bestimmten, sind Symptome und Befund natürlich etwas andere als bei den zusammen betrachteten 1007 teils conservativ, teils operativ behandelten Fällen; deshalb stelle ich die Beschwerden einander in Tabellen gegenüber.

| | Alle Fälle: | oper. Fälle: |
|---|---|---|
| Allgem. nerv. Beschw. | 133 = 13,3 % | 49 = 15 % |
| Magenbeschwerden | 139 = 13,9 % | 43 = 13,7 % |
| Kopfschmerzen | 152 = 15,2 % | 46 = 14,7 % |
| Herzklopfen | 44 = 4,4 % | 14 = 4,5 % |
| Schmerzen i. d. Beinen | 26 = 2,6 % | 12 = 3,9 % |
| Kreuzschmerzen | 452 = 45,2 % | 180 = 57,6 % |
| Unterleibsschmerzen | 492 = 49,2 % | 144 = 46,1 % |
| Menstruationsstörungen | 355 = 35,5 % | 108 = 34,5 % |
| Fluor | 100 = 10 % | 48 = 15,5 % |
| Blasenbeschwerden | 214 = 21,3 % | 96 = 30 % |
| Obstipation | 339 = 33,9 % | 113 = 36,2 % |
| Drang nach unten | 269 = 26,9 % | 138 = 44,2 % |
| Sterilität | 26 = 2,6 % | 7 = 2,2 % |

Diese Zahlen stimmen ziemlich genau mit der Statistik überein, in der wir die Beschwerden der Retroflexio mit Prolaps zusammenstellten. Wie dort zeigen auch hier Blasenbeschwerden, Drang nach unten und Fluor eine Zunahme. Wie dort zeigen auch die Kreuzschmerzen eine hier allerdings etwas größere Steigerung. Mit einiger Wahrscheinlichkeit dürften wir daher die Annahme aussprechen, daß *in vielen Fällen der Prolaps die Indikation zur Operation und damit zur Beseitigung der Beschwerden gab.*

Noch deutlicher wird dies, wenn wir die folgende Tabelle heranziehen, in der ich die pathologischen Veränderungen am Genitale bei den operierten Fällen mit der Gesamtstatistik vergleiche.

| | Alle Fälle: | Operiert. Fälle: |
|---|---|---|
| Unkomplic. Retroflexio | 104 = 10,4 % | 37 = 11 % |
| Veränd. am Uterus | 327 = 32,7 % | 94 = 29,9 % |
| Erschlaffungszustände | 295 = 29,5 % | 266 = 85,3 % |
| Vaginale Veränderungen | 36 = 3,6 % | 14 = 4,5 % |
| Neoplasmen | 113 = 11,3 % | 10 = 4,9 % |
| Adnexaffektionen | 163 = 16,3 % | 38 = 12,1 % |
| Parametritiden | 27 = 22,7 % | 74 = 23,5 % |

Sehr deutlich ergibt sich daraus, daß in sehr vielen Fällen der Erschlaffungszustand zur Operation Veranlassung gab. Die geringe Zahl von Neoplasmen erklärt sich daraus, daß Carcinome sofort der radikalen Behandlung verfielen, Myome in vielen Fällen, sodaß schließlich nur Polypen im Zusammenhang mit der Lagekorrektur abgetragen wurden. Daß bei akut entzündlichen Adnexveränderungen nicht operiert wurde, ist selbstverständlich. Daraus erklärt sich der geringe Procentsatz der Retroflexio mit Adnexaffektionen.

Unter dem operativen Material sind demnach die Retroflexionen mit Prolaps am zahlreichsten vertreten. *Von den 295 diagnosticierten Prolapsen und Erschlaffungszuständen verfielen 266 der Operation.* Weiter fällt auf, daß ein Drittel der unter den 1007 Fällen festgestellten unkomplicierten Retroflexionen (unter 104 37 Fälle) operativ behandelt wurden, doch wurde die unkomplicierte Retroflexio an sich nicht häufiger operiert als die Retroflexio mit Complikationen.

Gehen wir nun zu der Art der Operationen über, so finden wir, daß neben 177 ventralen Fixationen 140 vaginale Fixationen gemacht wurden. Die Operation nach Alexander-Adams wurde in zwei weiteren Fällen gemacht. Es kamen also auf 55,5 % ventrale 44 % vaginale und 0,6 % Operationen mit Verkürzung der Ligg. rotunda. Die Prager Klinik operierte in 36,9 % ventral, 62 % vaginal. Bei den unkomplicierten und den mit geringen Complikationen verbundenen Retroflexionen wurde, da es sich meistens um Nullipare handelte, die ventrale Fixation bevorzugt. Die einfache ventrale resp. vaginale Fixation wurde auch dann gemacht, wenn zwar Complikationen da waren, aber anzunehmen war, daß mit der ventralen resp. vaginalen Fixation gleichzeitig die Complikation, z. B. ein leichter Prolaps, beseitigt wurde. Sie wurde in 96 Fällen ausgeführt, während in 8 Fällen vaginal operiert, in einem Falle der Alexander-Adams gemacht wurde. Bei 4 der anscheinend unkomplicierten Retroflexionen erwiesen sich während der Operation noch andere Eingriffe als notwendig; daher wird man dieselben nicht als unkomplicierte Fälle bezeichnen dürfen, und sie zu den Fällen rechnen müssen, bei denen noch eine andere Operation ausgeführt wurde. Neben der Retroflexio wurden andere Operationen in 214 Fällen ausgeführt. Dabei wurde 81 mal ventral, 132 mal vaginal und 1 mal nach Alexander-Adams operiert. In einigen Fällen wurde

eine Curettage ausgeführt, wohl um eine complicierende Endometritis zu beseitigen, manchmal aber suchte man vorher durch conservative Behandlung die Endometritis zu heilen. In 190 Fällen = 59,9 % wurden Operationen zur Beseitigung des Prolapses und Erlangung eines Scheidenschlußapparates ausgeführt. Diese Zahl scheint in Widerspruch zu stehen mit dem Befund, wo in 85 % Erschlaffungszustände festgestellt wurden. Wir glauben diesen Widerspruch so erklären zu können, daß ein Descensus in manchen Fällen allein durch die Fixation des Uterus beseitigt werden konnte, eine weitere Operation also nicht nötig war. Emmetsche Risse wurden in 23 Fällen = 27,3 % genäht, eine Amputatio portionis in 32 Fällen = 10 % gemacht. Pathologisch veränderte Adnexe wurden in 29 Fällen = 9 % ganz oder teilweise abgetragen. Vergleichend wollen wir die Ergebnisse Baums anführen. Derselbe fand Folgendes:

Unkomplic. Operation 29,9 %
Dazu Adnexoperation 6,1 %
Prolapsoperation 64,2 %

Betrachten wir die bei der Entlassungsuntersuchung festgestellten Resultate, so kommen dafür 316 Fälle in Betracht; in 3 Fällen existiert kein Entlassungsbefund. So stehen bei uns den Beobachtungen über 169 ventrale, 145 vaginale und 2 Ligamentverkürzende Operationen gegenüber. Bei der Entlassung fanden sich folgende Verhältnisse:

Bei der ventralen Fixation 169 Fälle, davon
Uterus anteflektiert 158 = 93,5 %
Uterus retroflektiert 11 = 6,5 %

Bei der vaginalen Fixation 145 Fälle, davon
Uterus anteflektiert 138 = 95,2 %
Uterus retroflektiert 7 = 4,8 %

*Darnach scheint der augenblickliche orthopädische Erfolg bei den vaginalen Fixationen um ein geringes besser zu sein, wie bei den ventralen.* Aber diese Beobachtungen dürfen nicht für die Überlegenheit einer Operation über die andere in Rechnung gezogen werden. Dafür sind vielmehr erst die Ergebnisse, die uns die Nachuntersuchungen liefern, maßgebend.

Um nun für diese Nachuntersuchungen ein möglichst großes Material heranzuziehen, setzten wir die Beobachtungsdauer auf 8 Wochen nach der Operation fest, während die

längste Beobachtungsdauer fast 5 Jahre beträgt. Nur 8 Wochen beobachtet wurden 219 Fälle, die sich frühestens 6 Wochen nach der Entlassung, also ca. 8 Wochen nach der Operation vorstellten.

Es waren 118 Fälle ventral fixiert, davon
96 anteflektiert = 81 %
22 retroflektiert = 19 %
100 Fälle waren vaginal fixiert,
davon 88 anteflektiert = 88 %
12 retroflektiert = 12 %
Ein Fall von Alexander-Adams war anteflektiert.

Betrachten wir diese 219 Fälle weiter und trennen wir sie nach der *Zeit,* die seit der *Operation* verstrichen ist, so finden wir, daß

bei 37 Patientinnen 4—5 Jahre verstrichen waren.
27 ventrale, 18 anteflektiert = 66,6 %
9 retroflektiert = 33,3 %
10 vaginale, 9 anteflektiert = 90 %
1 retroflektiert = 10 %

bei 17 Fällen waren 3—4 Jahre verstrichen,
9 ventrale, 5 anteflektiert = 56 %
4 retroflektiert = 44 %
6 vaginale, 5 anteflektiert = 80 %
1 retroflektiert = 20 %

bei 16 Fällen 2—3 Jahre,
7 ventrale, 5 anteflektiert = 71,2 %
2 retroflektiert = 28,8 %
9 vaginale, 7 anteflektiert = 78 %
2 retroflektiert = 22 %

1—2 Jahre waren seit der Operation verstrichen in 44 Fällen
21 ventrale, 18 anteflektiert = 85,7 %
3 retroflektiert = 14,3 %
23 vaginale, 20 anteflektiert = 87,9 %
3 retroflektiert = 12,1 %

Unter einem Jahre kamen zur Beobachtung:
102 Fälle, davon
52 ventrale, 45 anteflektiert = 86,6 %
7 retroflektiert = 13,4 %
50 vaginale, 44 anteflektiert = 88 %
6 retroflektiert = 12 %

Der Übersicht halber stelle ich diese Ergebnisse zusammen:

| Beobachtungsdauer: Jahre: | Beobachtungszahl: Fälle: | Art der Operation: ventral: Ut. anteff.: | ventral: retroff.: | vaginal: Ut. anteff.: | vaginal: retroff.: |
|---|---|---|---|---|---|
| 4—5 | 37 | 18 = 66,6% | 9 = 33,3% | 9 = 90% | 1 = 10% |
| 3—4 | 17 | 5 = 56% | 4 = 44% | 7 = 88% | 1 = 12% |
| 2—3 | 16 | 5 = 71,2% | 2 = 28,8% | 7 = 78% | 2 = 22% |
| 1—2 | 44 | 18 = 85,8% | 3 = 14,2% | 20 = 87,9% | 3 = 12,1% |
| unter 1 | 102 | 45 = 86,6% | 7 = 13,4% | 44 = 88,8% | 6 = 12% |

Die Erfolge der vaginalen Fixationen sind demnach nach unseren Beobachtungen wesentlich besser als die Erfolge der ventralen Fixation; während bei der ventralen Fixation im Durchschnitt 18,4 % Recidive kamen, hat die vaginale Fixation mit Ausnahme der 9 Fälle, bei denen 2—3 Jahre seit der Operation verflossen waren, im Durchschnitt nur 12 %. Bei der Betrachtung der ventralen Fixationen ergibt sich ein langsames Schlechterwerden der Resultate. Auffallend ist die plötzliche Steigerung der Recidive vom 2. auf das 3. Jahr. Ob in diesem Zeitraum aber wirklich die Gefahr des Recidivs am drohensten ist, ließ sich nicht feststellen, denn es wurden keine Beobachtungen gemacht, nach welchen bei ein und derselben Patientin nach 2 Jahren eine Anteflexio, nach 3 Jahren aber eine Retroflexio festgestellt wurde. Die in der Heidelberger Klinik geübte *vaginale Fixationsmethode ist also sowohl in Bezug auf augenblickliche wie auf Dauerheilung der ventralen Methode überlegen.* Unsere Resultate sind anscheinend nicht so gut wie die anderer Kliniken, die ich zum Vergleich anführe, doch ist bei diesen die Beobachtungszeit nicht angegeben.

Der Vergleich mit anderen Kliniken ergibt Folgendes:

| Beobachter: | Art der Operation: ventral: Ut. anteff.: | ventral: retroff.: | vaginal: Ut. anteff.: | vaginal: retroff.: |
|---|---|---|---|---|
| Andersch | 150 = 94% | 3 = 6% | 50 = 92,5% | 4 = 7,5% |
| Cohn-Breslau | 94% | 6% | 96% | 4% |
| Dührssen-Berlin | — | — | 71% | 29% |
| Olshausen-Berlin | 100% | — | 78,4% | 21,6% |
| Hofmaier-Würzburg | 31 = 96,9% | 1 = 3,1% | — | — |
| Küstner, zus.gest.i.Veit'schen Lehrb. | 934 = 97,7% | 25 = 2,3% | — | — |
| Heidelberger Klinik | 99 = 81% | 22 = 19% | 88 = 88% | 12 = 12% |

*Wenden wir uns jetzt den durch die Operation erzielten subjektiven Erfolgen zu*, so werden dieselben wahrscheinlich einen Schluß zulassen, ob die Lagekorrektur wirklich von bestimmtem Einfluß auf die Beschwerden ist, oder nicht. Dieser Schluß wird sich nur dann machen lassen, wenn wir nach der zusammenfassenden Beobachtung die Heilerfolge bei reiner Retroflexio, bei Retroflexio mit entzündlichen Veränderungen, bei Retroflexio mit Prolaps besonders betrachten. Im allgemeinen müssen wir die erzielten subjektiven Erfolge als durchaus unbefriedigend bezeichnen. Sie entsprechen in nur geringem Maße den in der Literatur verzeichneten Erfolgen. Leider stehen uns für diese Untersuchungen nicht alle Krankengeschichten zur Verfügung; denn bei manchen ist bei der Entlassung nicht verzeichnet, wie die Beschwerden waren. Immerhin finden wir die Angaben bei 171 Patientinnen. Dieselben betreffen 92 ventrale und 79 vaginale Fixationen. Von den 92 ventral fixierten, wurden 84 mit anteflektiertem Uterus entlassen, 8 hatten ihre Retroflexio behalten. Diese Zahl ist, da sie nicht die Gesamtzahl der Fälle umfaßt, von geringer Bedeutung.

Die 84 Patientinnen, die mit anteflektiertem Uterus zur Entlassung kamen, hatten

| | | |
|---|---|---|
| keine Beschwerden | 56 | = 66,4 % |
| sie waren gebessert | 20 | = 23,8 % |
| ungebessert | 8 | = 9,8 % |

Von den Fällen, bei denen die Retroflexio bestehen blieb, hatten

| | | |
|---|---|---|
| keine Beschwerden | 3 | = 36 % |
| gebessert | 3 | = 36 % |
| ungeheilt | 2 | = 28 % |

Besser sind die Resultate bei der vaginalen Fixation. Von 79 Patientinnen, bei denen diese Operation ausgeführt worden war, kamen 78 mit anteflektiertem, nur 1 mit retroflektiertem Uterus zur Entlassung.

Von diesen 78 waren

| | | |
|---|---|---|
| beschwerdefrei | 64 | = 82,1 % |
| gebessert | 11 | = 14,1 % |
| ungebessert | 3 | = 3,8 % |

Diesen Beobachtungen steht eine Retroflexio gegenüber, bei der keine Beschwerden festzustellen waren.

Fassen wir die funktionellen Resultate der ventralen

und vaginalen Fixationen zusammen, so ergibt sich, daß *von den 171 Fällen* (zusammen ventral + vaginal) *162 mit anteflektiertem Uterus die Klinik verließen. Von diesen 162 waren*

| | | |
|---|---|---|
| beschwerdefrei | 120 | = 66,6 % |
| gebessert | 31 | = 20 % |
| ungebessert | 11 | = 13,4 % |

*Von den 9 Retroflexionen waren*

| | |
|---|---|
| geheilt | 44 % |
| gebessert | 33 % |
| ungebessert | 23 %. |

Diese anscheinend günstigen Resultate verschlechtern sich, wenn man die *Ergebnisse der Nachuntersuchung* in Betracht zieht. Sämtliche 171 Patientinnen sind in hiesiger Klinik entweder von Herrn Dr. Mayer, dem ich auch die Anregung zu dieser ganzen Arbeit verdanke, oder bei Gelegenheit eines poliklinischen Sprechstundenbesuches innerhalb der letzten 5 Jahre untersucht worden. Ihre Beschwerden bei der Nachuntersuchung sind in den Krankengeschichten vermerkt.

Der Uterus war bei den 92 nachuntersuchten Patientinnen, bei denen ventral fixiert worden war, in 74 Fällen anteflektiert geblieben, 18 mal wurde er retroflektiert gefunden.

Von den 74 erstgenannten Fällen waren:

| | | |
|---|---|---|
| beschwerdefrei | 19 | = 25 % |
| gebessert | 31 | = 41,9 % |
| ungebessert | 24 | = 31 %. |

Bei den 18 Retroflexionen waren:

| | | |
|---|---|---|
| ohne Klagen | 6 | = 33,3 % |
| gebessert | 6 | = 33,3 % |
| ungebessert | 6 | = 33,3 %. |

Bei den 78 vaginal fixierten lag in 71 Fällen der Uterus in Anteflexio, in 7 Fällen in Retroflexio. Dabei hatten bei Anteflexio

| | | |
|---|---|---|
| keine Klagen | 42 | = 59,1 % |
| gebessert | 24 | = 33,8 % |
| ungebessert | 5 | = 7 %. |

Bei Retroflexio

| | | |
|---|---|---|
| keine Klagen | 5 | = 71 % |
| gebessert | 1 | = 14,5 % |
| ungebessert | 1 | = 14,5 %. |

Die vorstehenden Daten ergeben ein Gesamtbild der Resultate, es sind dabei etwaige andere Operationen, durch die Beschwerden auch beseitigt werden konnten, nicht erwähnt, sondern alle überhaupt gemachten Operationen zusammengestellt. Auch in Bezug auf Dauererfolge scheint die vaginale Fixation die besseren Resultate zu geben.

25 % absolute Heilungen bei ventraler, stehen 59,1 % bei vaginaler gegenüber. Schon hier scheint es, daß die Lage des Uterus von sehr großer Bedeutung ist, denn bei der ventralen Fixation beobachteten wir 66,9 % geheilte und gebesserte bei Anteflexio, gegenüber 66,6 bei Retroflexio. Bei der vaginalen Fixation hatten 92,9 % mit Anteflexio gegenüber 84,5 % mit Retroflexio keine Beschwerden oder waren gebessert. Die vorstehenden Zahlen geben uns ein Bild über den subjektiven Erfolg der Therapie im allgemeinen. Ein Bild inwieweit diese Besserungen durch die Korrektur der Retroflexio an sich bedingt ist, oder ob sie überhaupt dadurch bedingt ist, läßt sich an der Hand dieses Materials nicht gewinnen.

Aus diesem Grunde stellen wir in Folgendem *die Retroflexionen zusammen, bei denen nur die ventrale Fixation gemacht wurde.* Es sind dies im ganzen 46 Fälle (20 Nullipare, 26 Multipare). Dieselben wollen wir zunächst betrachten. Bei ihnen wurde bei dem Entlassen 43 Anteflexionen und 3 Retroflexionen festgestellt. Von den Anteflexionen hatten

| | | |
|---|---|---|
| keine Klagen | 24 | = 60 % |
| gebessert | 13 | = 31 % |
| ungebessert | 6 | = 9 %. |

Bei den Retroflexionen waren Heilungen und Mißerfolge gleichmäßig verteilt.

Ein anderes Resultat ergaben die Nachuntersuchungen. Dieselben ergaben Anteflexio in 39 Fällen, davon

| | | |
|---|---|---|
| keine Klagen | 10 | = 26 % |
| gebessert | 12 | = 31 % |
| ungebessert | 17 | = 43 %. |

Wir hatten den Verdacht, daß diese Erfolge teilweise auf Suggestion beruhten und stellten aus diesem Grunde die Nulliparen gesondert zusammen. Dabei ergab sich, daß 14 nervös geschwächte oder körperlich heruntergekommene Individuen 6 normalen Patientinnen gegenüberstanden. Betrachten wir zunächst diejenigen Nulliparen, bei denen der Uterus bei der Entlassung und bei der Nachuntersuchung anteflektiert war, so stehen hier 11 neurasthenische Individuen

5 Gesunden gegenüber. Von den 11 nervösen Patientinnen hatten bei der Entlassungsuntersuchung

keine Klagen 4
gebessert 4
ungebessert 3

Bei der Nachuntersuchung

keine Klagen 2
gebessert 4
ungebessert 5

Von den 5 nicht derartig Kranken hatten

keine Klagen 1
gebessert 2
ungebessert 2

Bei der Nachuntersuchnng

keine Klagen 0
gebessert 1
ungebessert 4

Diese bei der Nachuntersuchung als gebessert bezeichnete Patientin klagte aber über Drang nach unten. Daraus schien hervorzugehen, daß die Klagen im Zusammenhang mit einem Prolaps standen. Auffallend ist jedenfalls die geringe Zahl von Heilungen bei Gesunden, und es taucht der Verdacht auf, daß in diesen Fällen die Beschwerden sich nicht von der Retroflexio an sich herleiten. In diese Kategorie gehört auch ein Fall, der mit anteflektiertem Uterus entlassen wurde, und bei dem der Uterus später in Retroflexio gefunden wurde. Während der ganzen Zeit hatten dieselben Beschwerden bestanden. Bei 2 Fällen könnte die Retroflexio einen Einfluß gehabt haben, bei dem einen blieb bei Bestehen der Retroflexio die Zahl und Art der Klagen dieselbe. Bei den anderen waren die Beschwerden gehoben, solange der Uterus in Anteflexion lag. Sobald er zurückfiel, traten wieder Beschwerden auf. Ein weiterer Fall bei einem nervös geschwächten Individuum zeigte keinerlei Beschwerden trotzdem der Uterus einmal anteflektiert und einmal retroflektiert lag. In diesem Falle tritt die Suggestion deutlich zutage, doch möchten wir dieselbe auch für die anderen nervös veranlagten Individuen in Anspruch nehmen.

Wenden wir uns nun zu den *Multiparen*, so haben wir 26 Patientinnen, bei denen der Uterus bei der Entlassung anteflektiert gefunden wurde.

Davon hatten

| | |
|---|---|
| keine Beschwerden | 14 |
| gebessert | 10 |
| dieselben Beschwerden | 2 |

Bei der Nachuntersuchung waren 23 ante- und 3 retroflektiert. Davon hatten

| | |
|---|---|
| keine Klagen | 5 |
| gebessert | 7 |
| ungebessert | 11. |

Von den 3 Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung eine Retroflexio zeigten, hatten bei der Entlassung

| | |
|---|---|
| keine Beschwerden | 2 |
| ungebessert | 1. |

Bei der Nachuntersuchung gab nur eine Patientin eine Besserung an, 2 waren ungeheilt.

Das Bild, das sich aus diesen Zahlen ergibt, ist nicht ungetrübt, doch glauben wir, daß sich in manchen Fällen die Besserung daraus erklärt, daß durch diese Fixation gleichzeitig ein Erschlaffungszustand beseitigt wurde, der bei Retroflexio wieder eintrat.

Diesen nicht sehr erfreulichen Erfolgen der *einfachen ventralen Fixation stehen die Resultate bei Fixation im Zusammenhang mit einer plastischen Operation gegenüber.* Insgesamt waren das 97 Fälle, die auch nachuntersucht wurden; und zwar handelt es sich dabei um 30 ventrale und 67 vaginale Fixationen. Von den 30 ventralfixierten waren sämtliche bei der Entlassungsuntersuchung anteflektiert. Davon hatten

| | |
|---|---|
| keine Klagen | 24 |
| gebessert | 5 |
| ungebessert (nervöses Individ.) | 1. |

Die Nachuntersuchung ergab 24 Anteflexionen gegenüber 6 Retroflexionen. Von diesen 24 waren

| | |
|---|---|
| beschwerdefrei | 11 |
| gebessert | 8 |
| ungebessert | 5. |

Von diesen letztgenannten schienen die Beschwerden einmal von einer Hernie, 2 mal von einer allgemeinen Enteroptose, 1 mal von einer Neurasthenie herzurühren. Nur 1 mal fanden wir keinen objektiven Grund. Von den Retroflexionen waren 2 ohne Beschwerden, 3 gebessert, 1 geschwächtes Individuum hatte dieselben Beschwerden wie vor der Operation.

Bei der vaginalen Fixation sind bei der ersten Untersuchung sämtliche 67 Fälle anteflektiert.

keine Klagen 53
gebessert 12
ungebessert 2.

Von diesen Ungebesserten hatte eine Patientin ihre Hauptbeschwerden von der Obstipation, eine andere hatte nur nervöse Beschwerden. Die Nachuntersuchung ergab 60 Anteflexionen gegenüber 7 Retroflexionen. Davon hatten

keine Klagen 42
gebessert 13
ungebessert 5.

Von diesen 5 Nichtgeheilten hatte, abgesehen von der bereits oben erwähnten einen Patientin, eine weitere Beschwerden von einer Fistel; eine andere war durch ihren Arzt auf das Leiden aufmerksam gemacht worden, nur bei einer ließ sich kein Grund finden. Von den 7 Patientinnen mit Retroflexio fühlten sich

beschwerdefrei 4
gebessert 1
ungebessert 2

Bei letzteren schwanden die Beschwerden in einem Falle auch dann nicht, wenn ein Pessar eingelegt wurde und der Uterus in Anteflexio gebracht wurde. Bei dem anderen blieb es zweifelhaft, ob nicht vielleicht doch die Retroflexio die Beschwerden verursachte.

*Die schon früher ausgesprochene Ansicht, daß die Beschwerden, die bei Retroflexio geklagt werden, häufig einem begleitenden Erschlaffungszustande zuzuschreiben sind, findet darnach ihre Bestätigung.* Mit Ausnahme eines Falles, in dem ein Grund nicht vorlag, ergab sich für das Fortbestehen der Beschwerden in jedem Fall ein Grund, der nicht in der Lagekorrektur lag. Andererseits wurden bei den reinen Fixationen einige Heilungen nur bei nervös veranlagten Individuen beobachtet, eine Beobachtung, die wohl mit dem suggestiven Einfluß der Therapie zusammenhängt. Denn kein Individuum mit intaktem Nervensystem wurde von seinen Beschwerden befreit, mit Ausnahme des einen Falles, in dem die Beschwerden vielleicht mit einem Prolaps zusammenhingen. Auch hier besteht zwischen den Erfolgen der durch die Plastik complicierten ventralen und vaginalen Fixationen eine Differenz; die durch die ventrale Fixation erreichten Resultate sind auch

hier nicht so gut wie die der vaginalen, sowohl subjektiv wie objektiv.

Im Folgenden möchten wir an der Hand von von uns selbst nachuntersuchten Fällen auf einige weitere uns bedeutsam erscheinende Fragen eingehen; denn durch die Nachuntersuchung war es möglich, auf einige Punkte zu achten, auf die bei der Zusammenstellung der Krankengeschichten keine Rücksicht genommen war. Bevor ich näher darauf eingehe, möchte ich 100 Auszüge aus den Krankengeschichten geben.

---

1. Frl. F. Schr. O p. 28. J. Aufnahme 1. 12. 02.
   Heredität: Vater Potat. Schwester geisteskrank.
   Menses: 20 J. 14 täg. Schmerzen.
   Klagen: neurasthen. Beschw. Kreuzschm. Schm. b. d. Menses, Obstip.
   Status: Hohlwarzen, Gitterzähne, Nephroptose. Gyn: Scheide gerunzelt, Corpus retroflekt. Ovarien geschwellt, infant. Beck.
   Behandlung: Conserv. Pessar, 12. 12. 02. ventr. Fixation.
   Entlassung: 30. 12. 02, Ut. antefl. zur Stütze Pessar, dysmenorrh. Beschw.
   Nachuntersucht: 20. 7. 07. Druck nach unten, Druck aufs Wasser, Bauchnarbe gut, Ut. anteflekt.
2. Fr. B. Sch. III. p. 38 J. Aufn.: 13. I. 03.
   Heredität: 0.
   Menses: 17 J. regelmäßig. vorher mit Ring behand. nach Entfernung desselben keine Beschw.
   Klagen: Schm. links, Kreuzschm. neurasthenische Klagen, Obstip.
   Status: 0. Gyn.: Descensus vaginæ, Portio tief, Ut. retrofl.
   Behandlung: vagin. Fixat. Wann?
   Entlassung: 3. 2. 03. geb. Ut. anteflekt.
   Nachuntersucht: 18. 7. 07, leichte Kreuzschm. sonst 0 Klag. Ut. anteflekt.
3. Frl. A. V. O p. 32 J. Aufn. 5. I. 07.
   Heredität: Mutter Tbc. †
   Menses: 14 J. regelm. 4wöch. 1—2 Tage. Schm. vor und währ. ders.
   Klagen: Schm. im Unterleib und Rücken in Zusammenh. m. d. Menses, Obstip. Wasserlassen schmerzhaft.
   Status: 0. Gyn.: Metritis, Endometritis, Retrofl. uteri, Salvingo-oophritis bilateralis.
   Behandlung: conserv. dann 30. 1. 07. ventr. Fixation. Bauchdeckeneiterung.
   Entlassung: 16. 2. 07, Ut. recliniert, dieselb. Klag.
   Nachuntersucht: 24. 7. 07. Kreuzschm. Leibschm. Obstip. Wasserlassen schmerzhaft, Adipositas, Ut. retrofl. linkes Param. kurz.
4. Fr. L. R. VI. p. 43 J. Aufnahme: 13. I. 03.
   Heredität: Vater Lungenleiden †.

Menses: 14 J. 4wöch. 4—5 Tg. dabei Schm.
Klagen: neurasthen. Beschw. Kreuzschm., Schmerz. im Unterleib, Fluor.
Status: Tbc. pulmonum. Gyn.: Prolaps d. vord., Descens. d. hint. Vaginalwand. Einrisse im Parametr. Ut. retrofl. Douglas empfindl. Polyp im Muttermund.
Behandlung: 16. 1. vagin. Fixat. Abtrag. d. Polypen Emmet'sche Op.
Entlassung: 1. 2. 03. Ut. anteff. dieselb. Klagen.
Nachuntersucht: 24. 7. 07. nervös, Menorrhag. nicht besser, Kreuzschm. Damm gut, Ut. reclin.

5. Fr. K. K.: III. p. 30 J. Aufn. 17. XI. 02.
Heredität: Vater geisteskr. Mutter Tbc. †; viel Krankh. i. d. Fam.
Menses: 13 J. 4—5 Tg. dabei Schm.
Klagen: Anfälle (hyster.?) stech. Schm. im Unterleib, Kreuzschm. zu häuf. Menses, Fluor, Obstipat.
Status: Ulcus? Gyn.: Ut. retroflekt. Metrit. Endometr. Perimetritis.
Behandlung: conserv. dann 29. 1. 03. ventr. Fixat.
Entlassung: 18. 2. 03. Ut. anteflekt. Schmerzen im Leib.
Nachuntersucht: 29. 7. 07. Dieselb. Klag. hochgradig nervös, Bauchnarbe gut, Ut. anteflekt.

6. Frl. J. R. 30 J. O p. Aufn.: 24. I. 03.
Heredität: Vater Tbc. †
Menses: 18 J. 4wöch. 8 Tage stark schmerzh.
Klagen: Kreuzschm. Schm. im Unterleib, Beschwerden b. d. Menses.
Status: abgelauf. Rachitis, Caput quadrat. Mammæ aufsitz.
Gyn.: vord. Scheidenwand niedrig, Corpus retroflekt. Ligg. cardin. verkürzt, Endometr.
Behandlung: Conserv. dann Operat. 7. 2. 03 Ventr. Fixat.
Entlassung: 23. 2. 03 gebessert, Ut. retrofl.
Nachuntersucht: 25. 7. 03. gebess. Narbe gut, Ut. retroflekt.

7. Frau G. S. 34 J. O p. Aufn.: 26. VI. 03.
Heredität: 0.
Menses: 19 J. regelm. 4wöch. 2—3 Tg.
Status: Anämie. Gyn.: Ut. retroflekt. Adhäsion d. hint. Cervixwand.
Klagen: häuf. Schwindelgefühl, Kreuzschm. Dysmenorrhoe, Sterilität, Fluor, Obstip.
Behandlung: 3. 3. 03. ventr. Fixat.
Entlassung: 20. 3. 03. Ut. anteflekt. eleviert, 0 Klagen.
Nachuntersucht: Kreuzschmerzen, Schmerzen im Leib, im allgem. gebess. Narbe gut, Ut. anteflekt. 0 Obstipat. 0 partus.

8. Frau R. J. 32 J., IV. p., Aufn.: 3. II. 03.
Heredität: 0.
Menses: regelm. 4wöch. 4—5—8 Tg. dabei Kreuzschm. 2 Frühgeburt. mehrere Aborte.
Klagen: Datieren seit dem letzten Abort: Kreuzschm. Leibschm. Druck nach unt. Obstipat. Schmerz. beim Wasserlassen.
Status: Affectio apicis utriusque. Gyn.: Zweiteil. d. Col. ant. rug. Emmet'sche Operat. Ut. gr. retroflekt. Ligg. sacr. ut. sehr schmerzhaft.
Behandlung: 13. 2. 03. Operat: ventr. Fix. Emmet'sche Operat. Dammplastik, complic. d. Nachblut.
Entlassung: 1. 3. 03. Ut. anteflekt. 0 Klag.

Nachuntersucht: 29. 7. 07. seit der Operat. 3 Part. zuletzt vor 3 Wochen, Geburten verliefen langsam, Schwangerschaft mit stärk. Beschw. verbund. Jetz. Befund: Ut. reclin. Cystocele. links Emmet.

9. Frl. E. L. 27 J. O p. Aufn.: 23. II. 03.
Heredität: 0.
Menses: 20 J. 4 Woch. 3 Tg. Dauer. dabei Schm. Krämpfe, Erbrechen.
Klagen: Krämpfe während der Menses, nachher Fluor, Obstipat. währ. derselb. Kreuzschm.
Status: Chlorose. Gyn.: Ut. vergröß. retroflekt. Supravaginalteil d. Port. lang, Ovar empfindl. Sacrouterinligg. gespannt.
Behandlung: conserv. Dann 24. 11. 03. ventr. Fixat.
Entlassung: 12. 12. 03. Ut. anteflekt. Klagen dieselb.
Nachuntersucht: 12. 7 07, Narbe gut, Ut. retroflekt. r. Parametr. verkürzt, Klagen dieselb.

10. Frau K. W. 44 J. V. p. Aufn.: 22. IV. 03.
Heredität: 0.
Menses: ? 4wöch. 3—4 Tg. nicht stark.
Klagen: Blut. Schm. im Unterleib. Vom Arzt wegen Vorfall i. d. Klinik eingewiesen.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Descens. d. vord. und hint. Vaginalwand. Erosio port. Ut. retroflekt.
Behandlung: 29. 4. ventr. Fixat. Colporaphie. Colpoperineoplastik.
Entlassung: 15. 5. 07. Ut. anteflekt. 0 Klag. Peroneuslähmung.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Bauchnarbe gut. Damm gut. Ut. retrofl. im ganzen zufried. auch Menses regelm.

11. Frau E. K. 31 J. V. p. Aufn.: 22. V. 03.
Heredität: 0.
Menses: 16 J. regelm. 2—3 wöch. Pause, dabei Kreuz- und Leibschmerzen. 2 Abort.
Klagen dat. seit letztem Abort.: Neurasthen. Beschw. Übelsein, Druck im Unterleib, Kreuzschm. unregelmäß. Blutungen, vermehrter Harndrang.
Status: 0. Gyn.: Retroflexio ut. fix. Metritis, Endometr. Eros. port. Descens. vagin. Cyste i. d. Vagina.
Behandlung: 8. 6. 03. Ventr. Fixat. Exstirp. d. Cyste, Colpoperineoplastik.
Entlassung: 26. 6. 03. Ut. anteflekt. neurasthen. Beschw. sonst keine Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07.: Gebess. Nur Schm. links Kreuzschm. Seit der Op. 1 part. dabei Riß, Naht. Bauchnarbe gut, gering. Desc. Ut. antefl.

12. Frau K. F. 34 J. O p. Aufn.: 12. V. 03.
Heredität: Mutt. geistesk.
Menses: 14 J. regelm. vierwöch. 8 Tg. dabei Leib- und Kreuzschmerzen.
Klagen: Kreuzschm. b. d. Menses, Schm. rechts Fluor, Brennen beim Wasserlassen, Obstipat.
Status: Warzen behaart. Zähne Schmelzdefekt, Enteroptose, Nephroptose. Gyn.: Vord. Scheidengewölbe wenig ausgebild. Ut. retroflekt. fix.
Behandlung: 16. 5. 03. ventr. Fixat.
Entlassung: 30. 5. 03. Ut. antefl. gebess.

Nachuntersucht: 19. 7. 07. Kreuzschm. Dysmenorrhoe, tägl. Stuhlgang, im ganzen besser, Ut. anteflekt. l. Parametr. narbig verkürzt, Scheide kurz, Bauchn. gut.

13. Frau. M. Str. 36 J. II. p. Aufn.: 31. VII. 03.
Heredität: 0.
Menses: 16 J. 4wöch. 3—4 Tg. bis 35. J.
Klagen: seit der 1902 diagnost. Retrofl. Kreuzschm. Unterleibsschm. Ausfluß.
Status: Nephroptose. Gyn.: Descensus vag. Port. tief, Ut. retrofl.
Behandlung: 5. 8. 03. Ventr. Fixat.
Entlassung: 21. 8. 03.: Ut. anteff. Klagen?
Nachuntersucht: 8. 7. 07. Bei einer vorherg. Unters. Ut. retrofl. jetzt anteflekt. Eros. port. Bauchnarbe gut. Druck nach unten, Drang zum Wasserlassen, gebess.

14. Frau K. G. 27 J. IX. p. Aufn.: 9. IX. 03.
Heredität: Mutter geisteskr.
Menses: 20 J. unregelm. 6—8 wöch. dabei Schm. im Leib.
Klagen: neurasthen. Beschw. Magenbeschw. Kreuzschm. Ausfluß, Drang zum Wasserlassen, Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Descensus der vord. Vaginalwand, Cystocele Eros. port. Retrofl. ut.
Behandlung: 9. 9. 03. Vag. Fix. Colp. ant. Dammplastik.
Entlassung: 20. 9. 03. Ut. anteflekt. 0 Klag.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. nur zeitw. Besserung. Scheide narbig, senil, klimakt. Beschw.

15. Frl. E. L. 31 J. O p. Aufn.: 7. IX. 03.
Heredität: 0.
Menses: 15 J. 4wöch. 3—4 Tg. nicht stark, vorher Schm.
Klagen: neurasth. Beschw. Kopfschmerzen, Herzklopf. Schm. im Kreuz und Unterleib, Schm. b. d. Menses.
Status: Chlorose, Anämie, Gyn.: Stauungsmetr. Retrofl. ut. fix.
Behandlung: conserv. mit Pessar ohne Erfolg, daher 24. 9. 03. ventr. Fix.
Entlassung: 14. 10. 03 Klagen dieselb. Ut. in gestr. Lage.
Nachuntersucht: 19. 7. 07. Dies. Klagen, Neurasth. Anämie. Dermographie. Narbe gut, Ut. recl. anteff.

16. Frau M. M. 63 J. I. p. Aufn.: 18. VIII. 03.
Heredität: Schw. Tbc. †
Menses: 16 J. 4 wöch. 8 Tg. Seit ½ J. Klimakt.
Klagen: Belästig. durch Vorfall. Drang zum Wasserlassen, Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Ulcus a. d. Port. Rectocystocele. Col. elongiert. Ut. retroflekt.
Behandlung: Operat. 25. 8. 03 Vag. Fix. mit Rückwärtslag. d. Blase. Colporaphie, Perineoplast.
Entlassung: 16. 9. 03 Ut. anteflekt. recl.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. Keine Klag. Damm, Scheide, gut, Ut. anteff. geringe Cystocele.

17. Frau G. G. 32 J. III. p. Aufn.: 5. VII. 03.
Heredität: 0
Menses: 15. J. regelm. 4—5 Tg. nicht stark.

Klagen: Nach einer Geb. unregelm. Menses, Stechen im Unterleib und Rücken, Obstipat. Urindrang, Druck nach unten.
Status: Enteroptose. Gyn.: Descens. vagin. Cystocele, Retrofl. ut. mobilis.
Behandlung: 11. 7. 03 ventr. Fix. hint. Colporaphie. Compl. Bauchdeckeneiterung.
Entlassung: 28. 9. 03 Ut. antefl. wesentl. Bess.
Nachuntersucht: 1. 8. 07. Damm gut, Ut. retrofl. linkes Parametr. kurz. Noch Zeichen von Neurasthe. doch entsch. gebess.

18. Frl. A. G. 29. J. I. p. Aufn.: 21. IX. 03.
Heredität: Mutter Ca. †
Menses: 15 J. 3 wöch. 4—5 Tg. dabei Schm.
Klagen: Wegen Rückwärtslag. vom Arzte ein Ring eingel. zur operat. Lagekorrekt. i. d. Klin. eingew. Kreuzschmerzen, Übelkeitsgefühl. Dysmenorrhoe.
Status: Früher Typhus, Enteroptose. Gyn.: Descensus et Prolaps. vaginae, Retrofl. ut. fix.
Behandlung: 25. 9. ventr. Fix. Dammplastik.
Entlassung: 16. 10. 03 Ut. anteflekt. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 13. 7. 03. Nur geringe Bess. Kreuzschm. dieselb. Verm. Zahl d. Miktion. Descens. vag. Eros. port. Ut. anteft.

19. Frau E. G. 41 J. III. p. Aufn.: 18. XI. 03.
Heredität: Mutter Tbc. †
Menses: 16 J. regelm. 4 wöch. 4—5 Tg.
Klagen: Kreuzschm. Drang nach unten, Unmöglichkeit. Stuhl und Urin zu halten.
Status: 0. Gyn.: Prolaps der vord. Vaginalwand, Lacerat. ektropium, Retrofl. ut.
Behandlung: Durch Pessar zeitw. doch nicht dauernd gebess. Daher Operat. 27. 11. 03 Vag. Fixat. Dammplastik, Colporaphie. Auseinanderweichen der Wundbänder. Secundärnaht.
Entlassung: 19. 12. 03 Damm schlecht geheilt, Ut. anteft. 0 Kl.
Nachuntersucht: 12. 7. 07. 0 Kl. Ut. recl. anteft. Cystocele.

20. Frl. M. M. 59 J. I. p. Aufn.: 24. XI. 03.
Heredität: 0.
Menses: 12 J. zuerst unregelm. nachher 4 wöch. 2 täg. Menopause 9 J.
Klagen: Kreuzschm. Druck nach unten, Brennen beim Wasserlassen.
Status: 0. Gyn.: Prolaps. vord. Vaginalgewölbe fehlt vollk. Polyp im Mutterm. Ut. retrofl.
Behandlung: 26. 11. 03. Vag. Fixat. Colporaphia ant. Scheidendammplastik.
Entlassung: 14. 12. 03. Ut. anteft. 0 Klag.
Nachuntersucht: 16. 7. 07. Ut. im eingel. Pessar retrofl. Damm gut, Klagen dies.

21. Frau J. L. 45 J. VI. p. Aufn.: 29. X. 03.
Heredität: 0.
Menses: 16 J. 4wöch. 3—4 Tg. dabei Schm. im Rücken, Menopause seit 2 Jahren.
Status: Affectio apicis, utriusque. Enteroptose. Gyn.: Scheidengewölbe gespalt. Ut. retrovert. Adnextumor. r. Parametr. straff.
Klagen: neurasth. Beschw. Kopfschmerzen, Herzklopfen, Kreuzschm. Drang nach unten, Druck aufs Wasser, Magenbeschwerden.

Behandlung: 31. 10. ventr. Fixat., Exstirpation eines Embryoms.
Entlassung: 15. 11. 03. 0. Klag. Ut. anteflekt.
Nachuntersucht: 18. 7. 07. Hernie, Lacer., Ut. anteff. reclin., Bess.

22. Frau E. J. VI. p. 56. J. Aufn.: 24. I. 04.
Heredität: 0.
Menses: Menopause.
Status: 0. Gyn.: Prolaps. Rectocystocele. Retrofl. ut. Elongat. colli.
Klagen: Ausfluß, Beschw. b. Urinlassen.
Behandlung: 2. 2. 04. Vag. Fixat. Amput. port., vord. und hint. Colporaphia, Dammplastik.
Entlassung: 20. 2. 04. Ut. anteff. Damm geheilt, 0 Klagen.
Nachuntersucht: 2. 8. 07. Ut. anteff. klein, senil, 0 Klagen.

23. Frau K. S. 54 J. X. p. Aufn.: 17. II. 04.
Heredität: Bruder Tbc. †
Menses: 19 J., regelm. 4wöch. 4 Tage, mäßig stark, dabei Kreuzschmerzen.
Klagen: Seit dem Versuch die Retrofl. aufzuricht. Verschlimmerung. Kopf-, Kreuz- und Rückenschmerzen.
Status: Chlorose, Enteroptose. Gyn.: Descens. vag., Risse im Scheidengewölbe, Lacer. cerv. Retrofl. ut.
Behandlung: Auf conserv. Versuche keine Besserung. 29. 3. 04. ventr. Fixat.
Entlassung: 16. 4. 04. Ut. anteff. dieselben Klagen.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Bauchnarbe gut, Cystocele. Descens. d. vord. Vaginalwand. Ut. retrofl. senil, Fluor, doch Bess.

24. Frau B. Sch. 32 J. O p. Aufn.: 16. I. 04.
Heredität: 0.
Menses: 26 J., 5—6 wöch., 3—5 Tg. nicht stark, doch krampfart. Schm. dabei.
Klagen: Stech. Schm. z. Z. d. Menses, Obstip. Sterilität.
Status: Sattelnase. Gyn.: Retrofl. ut. congen.
Behandlung: Ut. trotz Pessar retrofl. deshalb, b. d. 2. Aufn. 2. 2. 04 ventr. Fixat.
Entlassung: 18. 2. 04. Ut. anteff. Klagen dieselb.
Nachuntersucht: 30. 7. 07, Ut. anteff. Scheide straff, Bauchnarbe gut. gebess.

25. Fr. A. F. 25 J. IV. p. Aufn.: 21. XII. 03.
Heredität: 0.
Menses: 16 J., unregelm.
Klagen: Nach der Geburt Kreuzschm. Schm. im Unterleib, Schm. beim Stuhlgang, Drang nach unten, Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Descensus vag. Retrofl. ut. Parametrane Veränd. Rectocele.
Behandlung: 4. 1. 04 ventr. Fixat., Colporaphia ant. Colpoperineoplast.
Entlassung: 20. 1. 04. Ut. anteff. 0 Klag.
Nachuntersucht: 17. 7. 07. Bess. d. subj. Beschw. Bauchhernie. Ut. reclin. anteff. Vorhand. Beschw. wohl durch Hernie verursacht.

26. Frau K. G. V. p. 34 J. Aufn.: 1. I. 04.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4wöch., 7—8 Tg., dabei vorher starke Schm. im Unterleib und Kreuz.

Klagen: post partum: Schwächegefühl, Druck auf den Mastdarm, Druck aufs Wasser, Obstip. Dysmenorrh. Beschw.
Status: 0. Gyn.: Prolaps vag. Riß im Scheidengewölbe, Polyp im Cervicalkanal. Ut. retrofl.
Behandlung: conserv. ohne Erfolg, daher 7. 1. 04. ventr. Fixat. Colporaphia, Dammplastik.
Entlassung: 23. 1. 04. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Seit der Operat. 3. Geb. davon 1 Zange. Befinden gebess., doch besteht Ausfluß. Ut. anteflekt. r. Parametr. stark verkürzt.

27. Frau F. B. 29 J. O p. Aufn.: 14. IV. 04.
Heredität: 0.
Menses: 14 J., 6—7 Woch., Schm. im Unterleib dabei.
Klagen: Dysmenorrhoe. Kreuzschm. Druck nach unten, Obstip. Druck aufs Wasser.
Status: Vitium cordis, Gyn.: Ovarialcyste, Ut. retrovert.
Behandlung: 18. 4. 04. ventr. Fixat. Ovariotomie. Auseinanderweichen der Wundränder, Sekundärnaht.
Entlassung: 6. 5. 04. 0 Klag. Ut. gestreckt.
Nachuntersucht: 14. 7. 07. Gebess. Muldendamm, Ut. antefl. Periophoritis rechts.

28. Frau S. U. 48. J. I. p. Aufn.: 8. III. 04.
Heredität: Mutter geisteskr.
Menses: 17 J., regelmäßig, stark 3—4 Tage.
Klagen: Kreuzschm. beiders. Unterleibschm. Spannung im Leib, schmerzh. Menses, gelbl. Ausfluß, Harndrang, Brennen beim Coitus.
Status: Abgelaufene Rachitis. Chlorose, Enteroptose. Gyn.: retrofl. ut. fix. Endometritis catarrh. Fix. des Fundus a. d. Adnexen.
Behandlung: 14. 3. 04. ventr. Fix.
Entlassung: 30. 3. 04. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 28. 7. 07. Dies. Klagen, Ut. antefl. r. Param. verkürzt, Parametritis.

29. Frau K. H. 35 J. VI. p. Aufn.: 1. VI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 12 J., unregelm. 2—3 wöch. ca. 8 Tg.
Klagen: Kreuz- und Kopfschmerzen, Obstipat. vom Arzt in die Klinik eingewiesen.
Status: 0. Gyn.: Descens. vag. Endometr. catarrh. Ectropium, Parametr. post., Retrofl. ut.
Behandlung: da conserv. ohne Erfolg 20. 1. 05. Operat.: vag. Fix. Colporaphia, Perineoplastik. Schröder-Emmet'sche Operat. Curettage.
Entlassung: 4. 2. 05. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 15. 7. 07. Seit der Operat. 1 Geb. spontan. Fieber im Wochenbett. Jetzt Gravid. Menses III., daher wohl die bestehend. Urinbeschw.

30. Frau M. K. 28 J. II. p. Aufn.: 17. VI. 04.
Heredität: Vater Darmverschluß †. Mutter Tbc. †.
Menses: 16 J., 4 Woch., 3—4 Tg.
Klagen: Kreuzschm., Drang nach unten.
Status: Anämie. Gyn.: Dammriß, Prolaps. total. Retrofl.

Behandlung: 24. 6. ventr. Fixat. Complik. Erythema nodosum.
Entlassung: 9. 7. Ut. antefl. keine Besserung.
Nachuntersucht: 16. 7. 07. Seit 14 Tg. Kreuzschm. Brennen beim Wasserlassen, Pat. trotzdem zufrieden, Damm gut, Ut. retrofl. l. Parametr. kurz, Cystitis.

31. Frau B. H. 23 J. II. p. Aufn.: 19. V. 04.
Heredität: Vater Leberleiden †.
Menses: 16 J., 4 Woch. 3 Tg. keine Schmerzen dabei.
Klagen: Kreuzschm. Kopfweh, Schm. links, Drang nach unten, Dysmenorrhoe, Drang zum Wasserlassen, Obstipat.
Status: Abgelauf. Rachitis, Nephrohepatoptose. Gyn.: Descens. vag. et ut., Lacerationsektropium, Endometritis.
Behandlung: conserv. ohne Erfolg, daher 24. 5. ventr. Fixat. Colporaphia ant. Perineoplastik.
Entlassung: 10. 6. 04. Ut. antefl. keine Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Dieselben Klagen wie vor der Operat. Bauchdecken sehr schlaff, Ut. antefl. reponiert.

32. Frau L. P. 29 J. I. p. Aufn.: 16. VIII. 04.
Heredität: 0.
Menses: 13 J., 2—3 wöch., mäßig stark, dabei Schm., 2 Aborte.
Klagen: starke Schm. im Kreuz, Druck nach unten, Schm. beim Stuhlgang. Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Eros. ut. retrofl. fixiert.
Behandlung: 19. 8. 04. ventr. Fixat. Compl. Erscheinung von leicht. periton. Reizung.
Entlassung: 6. 9. 04. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 12. 4. 07. Entschied. Besserung, keine Obstipat. Ut. antefl. r. Parametr. empfindl. r. Ovar. verbacken.

33. Frau E. Sch. 27 J. V. p. Aufn.: 17. VIII. 04.
Heredität: Mutter Ca. †.
Menses: 16 J., nicht stark, ohne Schm. regelm.
Klagen: Kreuzschm., Schm. im Leib, Drang nach unten, Fluor.
Status: Chlorose. Hernie. Gyn.: Retrofl. ut.. Verdickungen im Douglas.
Behandlung: 24. 8. 04. Operat. nach Alexander-Adams.
Entlassung: 2. 1. 05. gebessert, Ut. antefl.
Nachuntersucht: 1. 8. 07. Alles gut, keine Klagen bis vor 4 Monat. jetzt gravid. im 3. Mon. auch jetzt nur geringe Beschw.

34. Frau E. Sch. 43 J. VI. p. Aufn.: 7. VIII. 04.
Heredität: Vater Ca. †. Mutter leberleidend, Bruder Tbc. †.
Menses: 15 J., 8—9 Tg., sehr stark, dabei Fluor.
Klagen: starke Blutung. Druck nach unten, Druck auf den Mastdarm, Vorfallsbeschw., Obstipat.
Status: Chlorose. Gyn.: Descens. vag. et ut. Retrofl. ut. mobilis, Metritis chron. Endometr. hämorrh.
Behandlung: 9. 8. 04 vag. Fixat. Colphotomia ant. Curettage.
Entlassung: 29. 8. 04 Ut. reclin. antefl. Klagen?
Nachuntersucht: 1. 8. 07 Ut. antefl. Klimakt. Blutungen, gebessert.

35. Frau F. W. 36 J. II. p. Aufn.: 14. VII. 04.
Heredität: 0.
Menses: 14 J., regelm. 5—6 Tg., dabei Schm.

Klagen: nerv. Beschw. Anfälle (hyst.?) Kreuzschm., Schm. im Leib, Kopfweh, Blutungen, Drang nach unten, Obstipat.
Status: Chlorose. Gyn.: Corp. ut. retrofl. Douglas verdickt. Lacerat.
Behandlung: conserv. darauf Besserung nicht andauernd, daher Wiederaufnahme und 26. 11. 04 vag. Fixat., Plastik, Curettage.
Entlassung: 20. 12. 04 Ut. antefl. keine Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. wesentlich gebessert, nur noch neurasth. Beschw. Ut. antefl.

36. Frau M. K. 40 J. IV. p. Aufn.: 29. VIII. 04.
Heredität: 0.
Menses: 13 J., ohne Besonderheiten.
Klagen: neurasth. Beschw. Rückenschm., prof. Menorrhagien. Drang nach unten, Blasenbeschwerden.
Status: Enteroptose. Gyn.: Dammriß, Eros. port. Ut. retrofl.
Behandlung: conserv. 3. 9. 04. Operat. ventr. Fixat Colporaphia ant.
Entlassung: 19. 9. 04. Ut. antefl., keine Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07 Dieselben Beschw., Bauchnarbe dehiscent, Hernia inquin. Ut. antefl.

37. Frau A. Sch. 33 J. O p. Aufn.: 30. VIII. 04.
Heredität: Vater Tbc. †.
Menses: 13 J., 5—6 Wochen, 5—6 Tg. dauernd, schmerzhaft.
Klagen: Schmerzen b. d. Menses, Druck nach unten.
Status: 0. Gyn.: Ut. retrofl. Salpingo-oophoritis dextra.
Behandlung: 1. 9. 04. ventr. Fixat. Salpingektomia dextra.
Entlassung: 18. 9. 04. Ut. antefl. Schmerzen in beiden Seiten.
Nachuntersucht: 23. 7. 07 Ut. antefl. absolut gesund.

38. Frau M. R. 45 J. IV. p. Aufn.: 15. XI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 18 J., 4—6 Woch., mittelstark. Schm. im Leib und Kreuz.
Klagen: allgem. Schwächegefühl, Herzklopfen, Magenschmerzen. Leibschm., Kreuzschm, Druck aufs Wasser, Senkungsgefühl.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Descensus vag., Rectocele, Ut. retrofl., Endometr.
Behandlung: 22. 11. 04 vag. Fixat. Scheidendammplastik.
Entlassung: 5. 12. 04 Ut. antefl. keine Klagen.
Nachuntersucht: 24. 7. 07 Gebessert, noch hie und da Kreuzschm., Ut. antefl. groß.

39. Frau M. W. 40 J. III. p. Aufn.: 1. XII. 04.
Heredität: Schw. Tbc. †.
Menses: 17 J., regelm. 3—4 Tg., nicht stark, keine Klagen, postmenstr. Fluor.
Klagen: Kreuzschm., Schm. auf beiden Seiten, ziehende Schm. in den Beinen, Druck nach unten, Druck auf den Mastdarm, Obst.
Status: Chlorose. Gyn.: Dammriß, Lacerat., Retrofl., Myom.
Behandlung: 7. 12. 04 vag. Fixat., Myomenucleation., vord. Colporaphia, Colpoperineoplastik.
Entlassung: 23. 12. 04 Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 27. 7. 07 0 Klagen, Amenorrhoe seit d. Operat. Ut. antefl.

40. Frl. M. R. 19 J. O p. Aufn.: 17. XI. 04.
Heredität: 0

Menses: 15 J., vierwöch, 6—7 Tg.
Klagen: Allgem. Abgeschlagenheit, Magenschm., Kreuzschmerzen, Blutungen, Obstipat.
Status: Chlorose, Nephroptose. Gyn.: Hypoplastisches Genitale, Vag. rugös, Ut. retrofl.
Behandlung: Antichloritisch. am 15. 12. 04 ventr. Fixat.
Entlassung: 4. 1. 05. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07 Jetzt mehr Kreuzschmerzen als früher, Ut. retroflekt.

41. Frau M. K. 25 J. II. p. Aufn.: 10. XI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 16 J., 8 Tg. regelm., starke Schm. dabei.
Klagen: Kreuzschm., Drang nach unten, Wasserlassen in Ord.
Status: Chlorose. Gyn.: Dammriß, Descensus vag. post., Lacerat. port., Retrofl. mobilis.
Behandlung: 10. 11. 04 ventr. Fixat., Colporaphia, Colpoperineolastik, Complication: art. Nachblut.
Entlassung: 16. 12. 04 Ut. antefl., Schm. und Druckgefühl, Besserung.
Nachuntersucht: 24, 7. 07 post partum 1906 dieselb. Beschw., Partus ohne Arzt, ein Dammriß wurde nicht genäht, darauf Vorfall, jetzt Ut. retrofl. grav. im 2. Mon. Vord. Scheidenw. kurz, Ringeinlage.

42. Frau K. K. 67 J. VI. p. Aufn.: 27. XI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4 wöch., 3 Tg., Menopause mit 47 J.
Klagen: Drang nach unten, Vorfall, Urindrang.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Desc. vag., Cystocele, Elong. cerv., Ut. retrofl.
Behandlung: 1. 12. 04. Vag. Fixat., Colporaphia, ant. Perineoplastik.
Entlassung: 20. 12. 04. Ut. anteff., keine Klagen.
Nachuntersucht: 17. 7. 07. 0 Klagen, etwas Urindrang. Cystocele, Ut. anteff., klein, senil.

43. Frau E. K. 36 J. IV. p. Aufn.: 8. XI. 04.
Heredität: Vater Tbc. †.
Menses: 19 J., regelm. 4 Woch., 4 Tage.
Klagen: Neurasth. Beschw., Kopfweh, Schm. beim Coitus, Herzklopfen, Schm. im Rücken, Kreuzschm., Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Desc. vag., Adnexe empfindl., Parametr. starr,
Behandlung: Auf conserv. Besserung, doch am 10. 2. 05. Wiederaufnahme: ventr. Fixat., Colporaphia ant., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 27. 2. 05. Ut. anteff., gebessert.
Nachuntersucht: 15. 7. 07. Kreuzschm., Ziehen im Leib, Schm. beim Coitus nicht gebess., doch zufrieden. Ut. retrofl.

44. Frau J. L. 34 J. IV. p. Aufn.: 1. XI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4wöch., geringe Schmerzen.
Klagen: Magenschm., Brechreiz, Kreuzschm., Leibschm., Dysmenorrhoe, Obstipat.
Status: Splanchnoptose., Ren mobilis., Herabsetzung des H.Cl.-gehaltes im Magen. Gyn.: Dammriß, Descens. vag., Endometr. cat., Lacerationsektropium, Metrit. Pelveoperitonitis.
Behandlung: 8. 11. 04. ventr. Fixat.

Entlassung: 24. 11. 04. Ut. antefl., Magenbeschw. gebessert, Salzsäuregehalt (?).
Nachuntersucht: 2. 7. 07. 1 Partus Nov. 06, seitdem dieselb. Beschw., Dammriß, Ut. antefl. vorher entschied. gebessert.

45. Frau K. D. 68 J. VII. p. Aufn.: 20. II. 05.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., 4 Woch., 3 Tg. 0 Schm., Menopause seit 17 J.
Klagen: Belästig. durch Vorfall, Druck nach unten, Beschw. beim Wasserlassen.
Status: 0. Gyn.: Prolaps, Dammriß, Narben im paravag. Gewebe, Ut. retrofl.
Behandlung: Operat. 30. 3. 05. vag. Fixat. Colporaphia, Colpoperineoplastik.
Entlassung: 15. 4. 05. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 21. 7. 07. Ut. antefl. klein, 0 Klagen.

46. Frau E. T. 59 J. IV. p. Aufn.: 2. III. 05.
Heredität: 0.
Menses: Menopause seit 9 Jahren.
Klagen: Magenbeschw.. Aufstoßen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Beschw. vom Vorfall, Obstipat.
Status: Hepatoptose. Gyn.: Prolaps, Cystocele, Ut. retrofl., Fluor.
Behandlung: ? 7. 05. Vag. Fixat., Colporaphia ant., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 25. 3. 05. Ut. antefl., Magenbeschw. vorhanden, sonst keine Klagen.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Keine Klagen, Ut. antefl., senil.

47. Frau C. A. 32 J. I. p. Aufn.: 1. V. 05.
Heredität: Vater Tbc. (?) †.
Menses: 4 Wochen, 4—5 Tg., Schm. in den Beinen.
Klagen: Allgemeine Abgeschlagenheit, Drang nach unten, Obstip.
Status: 0. Gyn.: Prolaps, Lacerat., vord. Scheidengewölbe verstrichen.
Behandlung: 4. 5. 05 Vag. Fixat., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 21. 5. 05. Dieselben Klagen, Ut. antefl.
Nachuntersucht: 29. 7. 07. Ut. antefl., leichter Prolaps, keine Besserung.

48. Frau M. Sch. 26 J. III. p. Aufn.: 31. V. 05.
Heredität: 0
Menses: 17 J., regelm. 4 wöch., 3—4 Tage, geringe Schm. dabei.
Klagen: Kreuzschm., Leibschm., Schm. beim Wasserlassen, Drang nach unten.
Status: 0. Gyn.: Retrofl. mobilis, Metritis, Endometritis.
Behandlung: 7. 6. 05. Operat., ventr. Fixat., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 25. 6. 05. Ut. antefl., Klagen?
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Besserung, Kreuzschm., 1 Partus Sept. 06. ohne Besonderh., Ut. antefl. beweglich.

49. Frau M. B. 53 J. III. p. Aufn.: 14. VI. 05.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4 wöch., regelm. 3 Tage.
Klagen: Kreuzschm., Druck nach unten, häufiger Urindrang.
Status: 0. Gyn.: Desc. vag. ant., Desc. ut., Cystocele, Eros. port.
Behandlung: 23. 6. 05. Vag. Fixat., Amput. port., vord. Colporaphia, Colpoperineoplastik.

Entlassung: 9. 7. 05. Ut. antefl., schmerzh. Menses.
Nachuntersucht: 17. 7. 07. Drücken im After, Kreuzschm. gebess., Ut. retrofl., Eros. port., vord. Scheidengewölbe fehlt, l. Parametr. verkürzt.

50. Frau A. P. 31 J. III. p. Aufn.: 25. V. 05.
Heredität: 0.
Menses: 4 wöch., 3—4 Tage regelm., Beginn?
Klagen: Kopfschm., Leibschm., Druck nach unten, Obstip., Fluor.
Status: 0. Gyn.: Ut. retrofl.
Behandlung: 30. 5. 05. Ventr. Fixat.
Entlassung: 15. 6. 05. Ut. antefl., subjekt. wohl.
Nachuntersucht: 1. 7. 07. Bis vor 1 Jahr gesund, damals Abort im 4. Monat, seitdem die alten Klagen. Ut. antefl., l. Parametr. kurz, Schm. auf der rechten Seite, Obstipat.

51. Frau B. W. 36 J. III. p. Aufn.: 6. VI. 05.
Heredität: Schwester geisteskrank.
Menses: 16 J., 7—8 Tage, schwach, schmerzlos, post menstr., Fluor.
Klagen: Von einem Vorfall geringe Beschw., Druck nach unten, Obstipat., Harndrang.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Desc., Hypertrophia port., Emmet'sche Risse, Endometr., plattes Becken.
Behandlung: 10. 7. 05. Ventr. Fixat., Amputatio port., Colporaphia, Perineoplastik.
Entlassung: 25. 8. 05. Ut. antefl., gebessert.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Recht guter Erfolg, Desc. der vorderen Vaginalwand, Ut. anteft.

52. Frau G. 31 J. III. p. Aufn.: 29. VII. 05.
Heredität: 0.
Menses: 4 wöch., 3—4 Tage, regelmäßig.
Klagen: Schwindelgefühl, Ohnmachten, Druck nach unten, Kreuz- und Leibschm., Obstipat., Schm. beim Stuhlgang.
Status: 0. Gyn.: Retrofl. ut. prolapsus vag., Salpingo-oophoritis sin.
Behandlung: Conserv. m. Ring, dadurch Schm., daher 13. 5. 06 (Wiederaufnahme) ventr. Fixat., compl. Dehisc. d. Wundränder.
Entlassung: 3. 6. 06. Ut. anteft., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 30. 7. 07. Bedeutend gebess., Kopfschm., Schm. links noch vorhanden, Bauchnarbe gut, Ut. anteft.

53. Frau J. B. 29 J. I. p. Aufn.: 24. VII. 05.
Heredität: Vater Ca. †. Mutter Tbc. †.
Menses: 17 J., 5—6 Tg., sehr stark, regelm.
Klagen: Kreuzschm., Druck nach unten, Fluor, Harndrang.
Status: 0. Gyn.: Descens. et Prolaps. vag., Cyste i. d. Vag., Ut. retrofl.
Behandlung: 26. 7. 05. vag. Fix., Colporaphia ant. Exstirp. d. Cyste.
Entlassung: 1. 8. 05. Ut. anteft. gebessert.
Nachuntersucht: 30. 7. 07. gebess., doch Kreuzschm. noch vorhanden. Ut. anteft.

54. Frau M. St. 30 J. I. p. Aufn.: 15. VIII. 05.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4-wöch., 4 Tg., schmerzh.
Klagen: Kreuzschmerzen, Blutungen, Obstipat., vom Arzt zur Operat. in die Klinik gewiesen.

Status: Chlorose. Gyn.: Descens. vag. ant. et post., Ruptura perin., Retrofl. mobilis.
Behandlung: 17. 8. 05. ventr. Fixat., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 4. 9. 05. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 29. 7. 07. ¾ J. nach der Operat. keine Klagen mehr, trotzdem Ringeinlage, da Ut. retrofl. Jetzt keine Klagen, Ut. im Ring antefl.

55. Frau M. St. 33 J. III p. Aufn.: 29. VII. 05.
Heredität: Mutter Tbc. †.
Menses: 14 J., unregelmäßig, 4 wöch., 4—5 Tage, mäß. stark.
Klagen: Neurasthen. Beschw.. Herzklopfen, Brennen im Kreuz. Druck nach unten, Druck aufs Wasser, Obstip.
Status: Allgem. Splanchnoptose, Nephroptose. Gyn.: Desc. ut. et vag.. Rectocele, Endometr. hämorrh., Ut. retrofl.
Behandlung: 1. 8. 05. Vag. Fixat., vord. u. hint. Colporaphia, Curettage.
Entlassung: 16. 8. 05. Dieselben Klagen, Ut. antefl.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. Dieselben Kreuzschm. wie vor der Operat., Damm gut geheilt, Ut. antefl., im allgem. Besserung.

56. Frau A. A. 24. J. I. p. Aufn.: 24. VII. 05.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., regelm., 4 wöch., 4 Tage.
Klagen: Menses unregelm., Kopfschm., Kreuz- und Unterleibsschm., Fluor.
Status: 0. Gyn.: Abort, compl. Retrofl. mobilis, Endometr. hämorrh., Ovarialtumor rechts?
Behandlung: Conserv. ohne Erfolg, daher 23. 11. 05 (Wiederaufn.), ventr. Fix., Abtrag. d. r. Adnexe (Tubargravid.).
Entlassung: 8. 12. 05. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Bis vor 3 Wochen gut, jetzt dies. Klagen, Quernarbe gut geheilt, Ut. antefl., l. Ovar. schmerzh.

57. Frau E. B. 56 J. VIII. p. Aufn.: 26. X. 05.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., regelm., 3—4 wöch., schwach, schmerzlos.
Klagen: Post part., Kreuzschm., Schm. links, Druck im Unterleib, Vorfall. Druck auf die Blase.
Status: Enteroptose. Gyn.: Rupt. per., Desc. vag. et ut., Cystorectocele, Emmet'sche Risse.
Behandlung: Conserv. kein Erfolg, daher 8. 11. vag. Fixat., Colporaphia, Dammplast., Emmet'sche Operat.
Entlassung: 23. 11. 05. Ut. antefl., Druck nach unten u. auf's Wasser.
Nachuntersucht: 1. 8. 07. Im allgem. gebess., klimakt. Klagen, Ut. antefl., hart, derb.

58. Frau S. P. 33. J. II. p. Aufn.: 5. X. 05.
Heredität: Schwester Tbc. †.
Menses: 14 J., 4 wöch., unregelm., 8—10 Tage.
Klagen: Seit der Heirat unregelm. Menses, Schm. im Unterleib, Brennen beim Wasserlassen, Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Endometr., Metr., Retrofl., Desc. vag.
Behandlung: 9. 10. 05. Vag. Fixat., Colporaphia, Colpoperineoplast.
Entlassung: 26. 10. 05. 0 Klagen, Ut. antefl.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. 0 Klagen, Ut. reclin. sinstropon., vert.

59. Frau A. L. 30 J. II. p. Aufn.: 2. X. 05.
Heredität: Vater Paralyse †
Menses: 15 J., 4wöch., sehr schmerzhaft.
Klagen: Während der Menses neurasth. Beschw., Magenbeschw., Kopfweh, Kreuzschmerzen, Coitus interruptus.
Status: Chlorose. Affectio apicis utr. Gyn.: Descens. d. vord. Scheidenwand, Ut. retrofl.
Behandlung: Erst conserv.. dann 27. 11. vag. Fixat., Scheidendammplastik, Curettage.
Entlassung: 14. 12. 05. Entschieden gebess., Ut. anteff.
Nachuntersucht: 20. 7. 07. Ut. anteff., Endometr., nur noch nervöse Beschwerden.

60. Frau E. L. 45 J. V. p. Aufn.: 1. XII. 05.
Heredität: Schwester Ca. †.
Menses: 14 J., regelm.. dabei Schm.
Klagen: Post part.: Vorfall, Schm. im Kreuz, in beiden Seiten, Druck auf das Wasser, Obstip.
Status: Chlorose. Gyn.: Prolaps, Cystocele, Lacerat., Endometr.
Behandlung: Conserv., dann 17. 12. 05 vag. Fixat., Plast., Curettage.
Entlassung: 22. 12. 05. Ut. anteff., Klagen dieselb.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Kreuzschmerzen dieselben, Ut. anteff., sonst keine Beschwerden.

61. Frau E. A. 61 J. VIII. p. Aufn.: 14. XI. 05.
Heredität: 0.
Menses: 14 J., regelm. 4 Woch., seit 8 J. Menop.
Klagen: Kreuzschm., Schm. im Unterleib u. den Beinen, Druck auf das Wasser. Beschw. vom Vorfall.
Status: 0. Gyn.: Rupt. perin., Cystocele, Eros. port.. Endometr.
Behandlung: 18. 11. 05. (Wiederaufnahme) vag. Fixat., Plastik, Colporaphia, Colpoperineoplastik.
Entlassung: 8. 12. 05. Ut. anteff. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 27. 7. 07. Nur noch Kreuzschmerzen, sonst keine Klagen. Ut. retrofl.

62. Frau Sch. 41 J. XI. p. Aufn.: 21. IX. 05.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., regelm. 4 Tge.
Klagen: Post partum, Kreuzschm., Druck nach unten, Druck auf das Wasser.
Status: Cystocele, Prolaps. total., Eros., Retroflexio.
Behandlung: Operat. 29. 9. vag. Fixation, Dammplastik.
Entlassung: 15. 10. 05. Ut. anteflekt. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 16. 12. 06. 2 Mon. post op.: Ut. retroflekt. 0 Klagen, jetzt anteff., 0 Klagen.

63. Frau M. Sch. 24 J. III p. Aufn.: 4. I. 06.
Heredität: Bruder Tbc. †.
Menses: 17 J., unregelm. 3—4 Wochen, 8 Tg., dabei starke Leibschm.
Klagen: Kopfweh, Kreuzschm., Leibschm., Menorrhagien, Druck nach unten, Druck auf den Darm, Brennen beim Wasserlassen. Obstip.
Status: 0. Gyn.: Endometr., Retrofl. mobilis, Sacrouterinligg. schmerzh.
Behandlung: 17. 1. 06. Curettage, ventr. Fixat.
Entlassung: 29. 1. 06. Ut. anteff., 0 Klagen.

Nachuntersucht: 26. 7. 07. Kopfweh dasselbe, sonst gebessert, nur noch Obstipat. Ut. antefl.

64. Frau E. E. 28 J. III. p. Aufn.: 8. V. 06.
Heredität: Vater Diabetes †.
Menses: 14 J., mit 8 wöch. Pausen schwach, Kreuzschm.
Klagen: Erbrechen, Kreuzschm., Leibschm., verstärkt bei den Menses, Druck nach unten, Harndrang, Fluor, Obstipat.
Status: Enteroptose. Gyn.: Endometritis catarrhalis, Narben im l. Parametr., Infiltration der Ligg. uterina Retroflexio.
Behandlung: conserv. ohne Erfolg bei bestehender Obstipat., daher 9. 5. 06 ventr. Fixation, Emmet'sche Operat.
Entlassung: 18. 5. 06 Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07 Ut. antefl., dieselben Beschw. während der Menses, sonst keine Klagen.

65. Frau S. B. 33 J. III. p. Aufn.: 10. I. 06.
Heredität: Vater Lungenleiden †.
Menses: 12 J., regelm. ohne Besonderheiten.
Klagen: Neurasth. Beschw., Kopfschm. Nach einer Geburt Schm. links und im Kreuz, ferner in den Beinen. Operation nach Alexander-Adams ohne Erfolg. Starker Harndrang.
Status: 0. Gyn.: Insufficienz des Scheidenschlußapparates. Prolaps, Laceration, Metritis, Perioophoritis, Retrofl.
Behandlung: 22. 1. 06 ventr. Fixat., Colporaphia, Colpoperineoplast., Emmet'sche Operat.
Entlassung: 12. 2. 06. Ut. antefl., Schm. in der Narbe.
Nachuntersucht: 18. 7. 07. Neurasth. Klagen, Menses unregelm., sonst beschwerdefrei, Ut. antefl.

66. Frau O. B. 59 J. XI. p. Aufn.: 5. III. 06.
Heredität: Tbc. in der Familie.
Menses: 18 J., 4wöch., 3—4 Tage.
Klagen: Kopfschm., Rückenschm., Leibschmerzen, Dysmenorrhoe, Urinabgang.
Status: Psychisch nicht ganz normal. Gyn.: Retrofl., l. Param. verkürzt, Ligg. sacro ut. gespannt, Perioophoritis, Parametr.
Behandlung: Conserv., Ut. im Ring antefl., keine Klagen, Operation 9. 3. 06., vag. Fixation, Colporaphia post.
Entlassung: 24. 3. 06. Ut. antefl., Urindrang, sonst keine Klagen.
Nachuntersucht: 9. 7. 06. Gebessert, Imbecillität, Desc. vag., Ut. antefl.

67. Frau M. D. 42 J. II p. Aufn.: 19. IV. 06.
Heredität: Vater Magenleiden †.
Menses: 15 J., regelm. 2—3 Tg. 0 Klagen.
Klagen: Kreuzschm., auf corrigierende Operation Besserung, jetzt dieselben Beschw., Brennen beim Wasserlassen, Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Dammriß, Ut. retrofl., Eros., Adnextumoren bdsts.
Behandlung: 21. 4. 06. ventr. Fixat., Salpingektomia bilat., Kompl.: Periton. Reizung.
Entlassung: 27. 5. 06. Ut. nicht genau zu tasten, 0 Klagen.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Keine Klagen bei der Menses, aber Schm. links, Stumpfexsudat, Ut. retrofl.

68. Frau M. B. 45 J. IV. p. Aufn.: 17. IV. 06.
Heredität: 0.

Menses: 15 J., 4 wöch., mäßig stark.
Klagen: Kreuzschmerzen, Schm. von seiten des Vorfalls, im Unterleib, beim Wasserlassen.
Status: 0. Gyn.: Inversio vag., retrofl., elongatio colli.
Behandlung: 19. 4. 06. Vag. Fixation, Colporaphia ant., Colpoperineoplastik, Amput. port., Herniotomie.
Entlassung: 12. 5. 06. nicht ganz geheilt, Ut. antefl., Perineuslähm.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Vor der Menses Kreuzschm., sonst keine Klagen, Ut. antefl. beweglich.

69. Frau M. H. 34 J. IV. p. Aufn.: 30. IV 06.
Heredität: Mutter Ca. †.
Menses: 19 J., vierwöch., 5—6 Tg.
Klagen: Post partum: Prolaps, Leib- und Kreuzschm., Drang nach unten, Obstipat., Urindrang.
Status: 0. Gyn.: Ruptura perinei, Desc. vag., Retrofl. mobilis, Periophoritis dextra.
Behandlung: 3. 5. 07. Ventr. Fixat., Colporaphia ant., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 11. 5. 06. Peroophoritis dextr., Schm. rechts, Ut. antefl.
Nachuntersucht: 18. 7. 07. Schm. in der Unterbauchgegend gebess., Cystocele, Ut. antefl., Adnextumor rechts.

70. Frau M. S 38 J. V. p. Aufn.: 17. V. 06.
Heredität: Vater Tbc. †., ebenso 2 Schwestern.
Menses: 15 J., 3 wöch., 6 Tage, schmerzlos.
Klagen: Nervosität. Druck nach unten. Brennen beim Wasserlassen. Kreuzschm., Blutungen, vom Arzte ein Nierenleiden festgestellt.
Status: Splanchnoptose, kein Alb. im Urin. Gyn.: Cervixriß, Schleimpolyp, Eros., Salpingitis dextr., Retrofl.
Behandlung: 25. 5. 06. Vag. Fixat., Abdrehen des Cervixpolypen, Colporaphia ant., Plastik.
Entlassung: 9. 6. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 20. 7. 07. Nervosität dies. Mastodynie, sonst gebess. Ut. antefl.

71. Frau K. Sch. 32 J. VI. p. Aufn.: 9. VI. 06.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., regelm., 4 wöch., 5—6 Tage, Fluor.
Klagen: Menorrhagien, Kreuzschm., Obstipat., Wasserlassen schmerzh.
Status: Nephroptose. Gyn.: Rupt. perinei, Desc. Vag. et Ut., Retrofl. mobilis, Metritis.
Behandlung: 19. 6. 06. Vag. Fixat., Colporaphia. Plastik. Emmet'sche Operat.
Entlassung: 7. 7. 06. Ut. antefl. 0 Klagen.
Nachuntersucht: 29. 7. 07. Kreuzschm., deswegen vom Arzt Ringeinlage. Ut. antefl., vorher keine Klagen, entschieden gebessert.

72. Frl. K. H. 29 J. O. p. Aufn.: 5. VII. 06.
Heredität: 0.
Menses: 18 J., regelm., 4wöch., nicht stark, keine Klagen.
Klagen: Nervosität, Rückenschm., Schmerzen am Rippenbogen, in beiden Unterbauchgegenden, Dysmenorrhoe.
Status: 0. Gyn.: Gravidität, Retrofl. fix., Parametrane Narbe, Adnextumor.

Behandlung: Während der conserv. Behandlung spontaner Abort, daher 19. 6. 06 ventr. Fixat., Salpingektomia bilateralis, Resectio ovarii.
Entlassung: 7. 7. 06. Ut. antefl., 0 Klagen, Kreuzschm.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Ut. retrofl., Follikelcyste, Verschlimmerung.

73. Frau E. E. 38 J. IV. p. Aufn.: 16. VII. 06.
Heredität: Bruder geisteskrank.
Menses: 13 J., 4 wöch., regelm., 8—10 Tage.
Klagen: Mattigkeit. Nervosität. post. part.: unregelm. Menses, Fluor, Leibschm., Senkung.
Status: Enteroptose. Gyn.: Rupt. per., Desc. vag. et ut., retrofl., Stauungsmetritis, Parametritis.
Behandlung: Conserv. ohne Erfolg, daher 3. 8. 06 vag. Fixat., vord. und hint. Plastik, Emmet'sche Operation.
Entlassung: 27. 8. 06. Ut. anteff., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 25. 7. 07. Seit einem Unfall dieselben Beschwerden wieder, Desc. vag., Ut. anteff. (Unfallrente!)

74. Frau E. W. 40 J. V. p. Aufn.: 12. VI. 06.
Heredität: 0.
Menses: 20 J., regelm., 4wöch.
Klagen: Kopfweh, Kreuzschmerzen, Druck nach unten, Obstipation.
Status: 0. Gyn.: Rupt. per., Desc. vag. et ut., Elong., retrofl.
Behandlung: Conserv., dann 18. 6. vag. Fixat., Emmet'sche Operat., Resect. der Tube, Colporaphia, Plastik.
Entlassung: 15. 7. 06. Ut. anteff., Fluor, keine Klagen.
Nachuntersucht: 28. 7. 07. Zeitweise gebessert, hin und wieder Kreuzschmerzen, Damm gut, Ut. anteff.

75. Frau M. K. 24 J. II. p. Aufn.: 8. V. 06.
Heredität: 0.
Menses: 14 J., unregelmäßig, 3 Tage, schwach.
Klagen: Matt und müde, Blutungen, Schmerzen links, Vorfall.
Status: 0. Gyn.: Rupt. per., Retrofl. mob., Desc. vag., Endometritis hämorrhagica.
Behandlung: 12. 5. 06 vag. Fixat., Colporaphia, Colpoperineoplastik, Curettage.
Entlassung: 24. 5. 06. Ut. anteff., retropon., Klagen?
Nachuntersucht: 6. 7. 07. Vor 6 Mon. Ut. retrofl. gravid, damals Aufrichtung, jetzt anteff. Gravid Mensis VII, keine Beschwerden.

76. Frau L. E. 53 J. IV. p. Aufn.: 22. V. 06.
Heredität: Eltern Ca. †.
Menses: 14 J., 4wöch., 3—4 Tage, mäßig schmerzhaft.
Klagen: Neurasth. Beschwerden. Kreuzschmerzen, Senkungsgefühl, Beschwerden beim Wasserlassen, Obstipation, Amenorrhoe.
Status: 0. Gyn.: Descens. vag. retrofl., Metritis, Cystocele.
Behandlung: 28. 5. 06. Vag. Fixat., Colporaphia, Plastik, Curettage.
Entlassung: 19. 6. 06. Ut. anteff., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Ut. anteff. gebessert.

77. Frau M. F. 54 J. III. p. Aufn.: 12. VI. 06.
Heredität: 0.
Menses: Menopause seit 2 Jahren.
Klagen: Seit 3 Jahren Vorfall, Druck auf den After.

Status: 0. Gyn.: Desc. vag., Cystocele, Retrofl. mobilis, Adnextumor.
Behandlung: 15. 6. 06. Vag. Fixat., Colporaphia ant.
Entlassung: 3. 7. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Ut. antefl., klein, Brennen beim Wasserlassen, l. Parametrium kurz, 0 Klagen.

78. Frl. M. E. 19 J. O p. Aufn.: 27. VII. 06.
Heredität: Vater Potator, Mutter Ca. †.
Menses: 12 J., regelmäßig. 4 wöch., 5—6 Tage.
Klagen: Kopfweh. Herzklopfen, Kreuzschmerzen. Schmerzen bei den Menses, Fluor, Obstipation.
Status: Chlorose. Gyn.: Retrofl., Narbe im Parametr., Endometr., Ligg. sacr. ut., schmerzempfindlich.
Behandlung: 14. 8. 06. Ventr. Fixation.
Entlassung: 25. 8. 06. Ut. antefl., beweglich, 0 Klagen.
Nachuntersucht: 1. 8. 07. Ganz gut, nur etwas Dysmenorrhoe, Ut. antefl., Querschnittsnarbe sehr gut.

79. Frau L. W. 35 J. V. p. Aufn.: 20. VII. 06.
Heredität: 0.
Menses: 16 J., regelm., 4 wöch., 2—3 Tage.
Klagen: Kopfweh. Magenschmerzen. Appetitlosigkeit. Dysmenorrhoe, Kreuzschmerzen. Ausfluß.
Status: Enteroptose. Gyn.: Rupt. perin. inv., Retrofl. mobilis, perimetrane Veränderungen.
Behandlung: 30. 7. 06. Vag. Fixat., Tubensterilisation, Colporaphia, Plastik.
Entlassung: 14. 8. 06. Ut. antefl., Klagen?
Nachuntersucht: 1. 8. 07. Ut. antefl., 0 Klagen, nur Ausfluß, Desc. vag.

80. Frl. Th. Z. 31 J. O p. Aufn.: 20. VII. 06.
Heredität: Eltern Ca. †.
Menses: 15 J., regelm., 4wöch., 6—7 Tage, stark, Schmerzen dabei.
Klagen: Kreuzschmerzen, Schm. b. d. Menses, Druck nach unten. Im Jahre 1902 ventr. Fixat., darnach 3mal schmerzlose Periode, dann dieselben Schmerzen.
Status: Chlorose, Anämie. Gyn.: Ut. retrofl., r. Parametrium straff.
Behandlung: 22. 7. 06 ventr. Fixat., Auseinanderklaffen der Wundränder.
Entlassung: 10. 8. 06. Ut. antefl., Schmerzen rechts, sonst gebessert.
Nachuntersucht: 24. 7. 07. Ut. antefl., beweglich, Retrocervicales Gewebe gespannt, dieselben Schm. bei der Periode, kein Druck nach unten.

81. Frau Chr. B. 29. J. II. p. Aufn.: 17. VIII. 06.
Heredität: Mutter lungenkrank.
Menses: 16 J., 4wöch., 5—6 Tage, schmerzhaft.
Klagen: Kreuzschmerzen, Druck nach unten, Schmerzen beim Wasserlassen, Ausfluß.
Status: Chlorose. Gyn.: Rupt. per., Retrofl., Erosio port., Metroendometritis.
Behandlung: 20. 8. 06. Ventr. Fixat., Secunda intentio.
Entlassung: 2. 11. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Ziehen in den Gliedern bei den Menses, Ut. antefl., sonst 0 Klagen.

82. Frau K. Br. 30 J. IV. p. Aufn.: 6. VIII. 06.
Heredität: 2 Brüder Tbc. †.
Menses: 16 J., 3—4 Wochen, 5—7 Tage.
Klagen: Post partum: Kreuzschm., Druck nach unten, Dysmenorrhoe, Urindrang.
Status: 0. Gyn.: Descens, Prolaps, Cystocele, Endometritis.
Behandlung: 18. 8. 06. Vag. Fixat., vord. und hint. Plastik.
Entlassung: 8. 9. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 16. 7. 07. Sehr gut, absolut keine Beschwerden, doch Ut. retrofl., Parametr. schlaff.

83. Frau P. B. 60 J. VII. p. Aufn.: 9. VII. 06.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., 4wöch., 4—5 Tage, seit 1 Jahr Menopause.
Klagen: Belästig. durch den Vorfall, doch keine besonderen Schm., Obstipation, Urindrang.
Status: 0. Gyn.: Desc. uteri retrofl., Elongat. colli, Hypertroph. port., Polyp im Muttermund, Cystocele.
Behandlung: 14. 7. 06. Vag. Fixation, Amput. colli, Colporaphia ant., Plastik.
Entlassung: 27. 7. 06. Ut. anteft., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 28. 8. 07. 0 Klagen, Ut. retrofl.

84. Frau E. K. 29 J. IV. p. Aufn.: 24. VIII. 06.
Heredität: 0.
Menses: 14 J., 4wöch., 4—5 Tage, keine starken Schmerzen.
Klagen: Kreuzschmerzen, Harnbeschwerden, Fluor.
Status: 0. Gyn.: Desc. vag., Rupt. per., Ligg. sacr. ut. gespannt.
Behandlung: 4. 10. 06. Vag. Fixat., Beiderseit. Emmet'sche Operat., Plastik.
Entlassung: 19. 10. 06. Ut. anteft., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 12. 7. 07. Ut. anteft. gebessert, Kreuzschmerzen, keine Harnbeschwerden mehr.

85. Frau M. Sch. 49 J. IV. p. Aufn.: 24. X. 06.
Heredität: 0
Menses: 15 J., regelm., 3—4 Tage, 4wöch.
Klagen: Vortreten eines Prolapses, während der Schwangerschaft Blasenbeschwerden.
Status: 0. Gyn.: Prolaps vag., Cystocele, Hypertrophia port., Elongatio colli, Retrofl.
Behandlung: 31. 10. 06. Vag. Fixat., Colporaphia ant., Amput. port., Colpoperineoplastik.
Entlassung: 18. 11. 06. Ut. anteft., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. Ut. anteft., trotz Cystocele keine Klagen.

86. Frau M. G. 60 J. VIII. p. Aufn.: 22. X. 06.
Heredität: 0.
Menses: 18 J., regelm. stark, 6—7 Tage, nicht schmerzhaft, Menopause seit 18 Jahren.
Klagen: Post partum prolaps, sonst keine Beschwerden, nur beim Wasserlassen.
Status: 0. Gyn.: Rupt. per., Prolaps, Cystocele, Rectocele, Elong., Retroflexio.
Behandlung: 25. 10. 06. Vag. Fixat., Amput. port., vord. Plastik, Colpoperineoplastik.

Entlassung: 13. 12. 06. Ut. anteff., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 27. 7. 07. Ut. retrofl., 0 Klagen.

87. Frau E. R. 38 J. III. p. Aufn.: 24. X. 06.
Heredität: Mutter Tbc. †.
Menses: 18 J., regelm., 4wöch., 3—4 Tage.
Klagen: Seit 1893 besteht Retrofl., stechende Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen, Fluor, Schmerzen in den Beinen. Vom Arzt zur Operation in die Klinik gewiesen.
Status: 0. Gyn.: Rupt. per., Eros. port., Hypertrophie der Portio, Metroendometritis, Retrofl. mobilis.
Behandlung: 19. 11. 06. Vag. Fixat., Amput. port., Plastik.
Entlassung: 7. 12. 06. Ut. anteff., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Zeitweilig Kreuzschmerzen. Schmerzen in der Nabelgegend, doch gebessert; Ut. anteff.

88. Frl. J. O. 24 J. O. p. Aufn.: 3. X. 06.
Heredität: 0.
Menses: 18 J., 2—4wöch., sehr stark.
Klagen: Atembeschwerden, nervöse Beschwerden, Krämpfe während der Menses, Blutungen.
Status: 0. Gyn.: Muldendamm, Retrofl.
Behandlung: 24. 10. Ventr. Fixation.
Entlassung: 5. 11. 06. Ut. anteff., Schmerzen links.
Nachuntersucht: 16. 7. 07. Nur nervöse Klagen, gebess., Ut. anteff.

89. Frau E. G. 29 J. III. p. Aufn.: 8. X. 06.
Heredität: Eltern und Schwestern Tbc. †.
Menses: 18 J., unregelm., 4—6wöch., Schmerzen dabei.
Klagen: Druck nach unten, Kreuzschmerzen, häufig Urindrang, Schmerzen beim Wasserlassen.
Status: Anämie, Chlorose, Enteroptose. Gyn.: Descens., Cystocele, Retrofl., Lacerat. cerv., Endometritis.
Behandlung: Erst conserv., dann 23. 11. Operat.: vag. Fixat., Colporaphia ant. et post.
Entlassung: 14. 12. 06. Ut. anteff., gebessert.
Nachuntersucht: 26. 7. 07. Zeitweilig Kreuzschmerzen, doch gebess., Ut. anteff., geringer Descensus.

90. Frau A. B. 53 J. I. p. Aufn.: 19. XI. 06.
Heredität: Vater Tbc. †.
Menses: Menopause seit einem Jahr.
Klagen: Allgemeine Müdigkeit, neurasth. Beschwerden, Belästigung durch Vorfall, Drang nach unten, Kreuzschm., Obstipat.
Status: 0. Gyn.: Prolaps. Desc. vag., Narbe im l. Parametr., Cystorectocele, Sacrouterinligg. gespannt.
Behandlung: 22. 11. 06. Vag. Fixat., vord. und hint. Colporaphia.
Entlassung: 10. 12. 06. 0 Klagen, Ut. anteff.
Nachuntersucht: 29. 7. 07. Ut. anteff., 0 Schmerzen.

91. Frau M. F. 33 J. I. p. Aufn.: 6. X. 06.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., vierwöch., 6 Tage, stark.
Klagen: Kreuzschmerzen, Schmerzen bei der Menses, Schmerzen im Unterleib, Druck nach unten, Brennen beim Wasserlassen.
Status: Drüsennarben, Tbc.? Gyn.: Retrofl. ut., Oophoritis dextra, Parametr. post.

Behandlung: 22. 10. 06. Ventr. Fixation, Scheidenplastik.
Entlassung: 9. 11. 06. Ut. antefl., etw. druckempfindl., sonst 0 Klagen.
Nachuntersucht: 28. 7. 07. Gravid. Spontangeburt, Puerperalfieber, trotzdem gebessert März 1907. Abort im 2. Monat, Ut. antefl., rechts pflaumengroßer Adnextumor, jetzt Kreuzschmerzen.

92. Frl. E. K. 22 J. O. p. Aufn.: 24. XI. 06.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., 4wöch., 6 Tage, dabei Schmerzen im Unterleib.
Klagen: Obstipat., Schm. i. Leib. Rückenschm., Fluor, neurasth. Beschw.
Status: Chlorose. Gyn.: Retrofl., virgo intacta, Desc. vag., Elong.
Behandlung: 11. 12. 06 ventr. Fixation.
Entlassung: 29. 12. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. Ut. antefl., 0 Klagen, Querschnitt gut geheilt.

93. Frau K. K. 21 J. II. p. Aufn.: 29. XI. 06.
Heredität: 0.
Menses: 15 J., 14 Tage bis 4 Wochen, seit der Heirat regelm.
Klagen: Nervosität, Ohnmachten, Kreuzschm., Blutungen, Obstipation.
Status: Chlorose, Nephroptose. Gyn.: Ut. retrofl., Gravid. extra ut., Parametr. kurz. Perimetr.
Behandlung: 5. 12. 06. Ovariotomia dextra, ventr. Fixation.
Entlassung: 19. 12. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7 07. Grav. im 3. Monat, seitdem Druck nach unten, Kreuzschm., Bauchdecken flach, Ut. antefl., vorher 0 Klagen.

94. Frau A. Z. 34 J. III. p. Aufn.: 12. XI. 06.
Heredität: 0.
Menses: 17 J., 4wöch., 3—4 Tage, mittelstark.
Klagen: Abgeschlagenheit, Kreuzschmerzen, Druck nach unten in Zusammenhang mit den Menses.
Status: Struma. Gyn.: Rupt. per., Desc. der beiden Vaginalwände, Cystocele, Retrofl. mob., Verkürzung d. Parametr., Ut. retrofl.
Behandlung: 15. 11. 06. Ventr. Fixat., Colporaphia, Colpoperineoplast.
Entlassung: 29. 11. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. Ut. recliniert, Querschnittsnarbe gut, 0 Klagen.

95. Frl. A. N. 58 J. O. p. Aufn.: 12. XI. 06.
Heredität: 0.
Menses: Menopause seit 8 Jahren.
Klagen: Belästigung durch Vorfall, Urindrang, Brennen b. Wasserlassen.
Status: 0. Gyn.: Prolaps, Port. elongiert, Cystocele, Ut. retrofl.
Behandlung: 22. 11. 06. Ventr. Fixat., Amput. port.
Entlassung: 3. 12. 06. Ut. antefl., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 23. 7. 07. 0 Klagen, Uteruskörper im Verlaufe der Scheidenachse, senil, klein.

96. Frau E. H. 37 J. V. p. Aufn.: 3. III. 04.
Heredität: Schwester Ca. †.
Menses: 20 J., regelmäßig, 2—3 Tage, nicht stark, 1 Abort.
Klagen: Schmerzen im Kreuz und Unterleib von stech. und zieh. Charakter, Obstipation.
Status: Struma. Enteroptose. Gyn.: Descens. et Prolapsus vag., Ut. retrofl.
Behandlung: 3. 3. 04. Ventr. Fixat., vord. Colporaphie, Colpoperineoplastik.

Entlassung: 26. 3. 04. Ut. anteﬂ., außer incontinentia vesicae keine Klagen.
Nachuntersucht: 22. 7. 07. Heftige Schmerzen, Ut. retroﬂ., Obstipat., doch besseres Befinden.

97. Frau E. S. 26 J. I. p. Aufn.: 3. VI. 04.
Heredität: 0.
Menses: 16 J., regelm., 4wöch., 5—6 Tage.
Klagen: Blutungen, Menorrhagien, Schmerzen rechts.
Status: 0. Gyn.: Ruptura perinei, Desc. vag., Eros. port., Graviditas extrauterina? Retroﬂ. ut.
Behandlung: 12. 7. 04. Ventr. Fixat., Abtragung der rechten Tube.
Entlassung: 25. 7. 04. Ut. anteﬂ., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 17. 7. 04. Ut. anteﬂ., 0 Klagen.

98. Frau K. G. 27 J. III. p. Aufn.: 14. V. 05.
Heredität: 0.
Menses: 3wöch., regelm., dabei Kreuzschmerzen.
Klagen: Kreuzschmerzen, Vorfall, Schmerzen im Unterleib, Fluor, Senkungsgefühl, Obstipation, Harndrang.
Status: Enteroptose. Gyn.: Descens. vag., Cystocele, Eros. port., Ut. retroﬂ., Sacrouterinligg. empfindlich.
Behandlung: 29. 5. 05. Vag. Fixat., Colporaphia ant.
Entlassung: 17. 6. 05. Ut. anteﬂ., Schmerzen rechts, doch in anderer Art wie früher.
Nachuntersucht: 15. 7. 07. Ut. anteﬂ., Schmerzen beim Wasserlassen, gebessert.

99. Frau B. O. 29 J. II. p. Aufn.: 12. XII. 04.
Heredität: 0.
Menses: 20 J., 3wöch., 2—3 Tage.
Klagen: Post partum: Vorfall, Druck nach abwärts, bereits früher Magenschmerzen.
Status: Splanchnoptose. Gyn.: Rupt. perinei, Desc. vag., Prolapsus, Endometritis.
Behandlung: 20. 12. 04. Radikaloperat. der rechtsseit. Cruralhern., vag. Fixat., Amput. port., Dammplastik.
Entlassung: 4. 1. 05. Ut. anteﬂ., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 16. 7. 07. Ut. retroﬂ., 0 Klagen, seit der Operat. 2 Geburten, 1 Partus, April 06 spontan, 13. Mai 07 Abort.

100. Frau K. W. 34 J. II. p. Aufn.: 23. I. 06.
Heredität: Vater Ca. †.
Menses: 15 J., regelm., 4wöch., 5—6 Tage, 1 Abort.
Klagen: Kreuzschm., Schmerzen während der Menses, Obstipation, Dysmenorrhoe.
Status: 0. Gyn.: Retroﬂ. ut., Pelveoperitonitis, Cyste am rechten Ovar.
Behandlung: 28. 1. 06. Ventr. Fixation.
Entlassung: 13. 2. 06. Ut. anteﬂekt., 0 Klagen.
Nachuntersucht: 21. 7. 07. 0 Klagen, Ut. anteﬂ., keine Obstipat. mehr.

---

Aus diesen Krankengeschichten ergibt sich für einige Punkte eine Änderung gegenüber den Zahlen, die wir in den früheren Statistiken feststellten.

In 44 Fällen, = 44 %, finden wir eine hereditäre Belastung gegenüber 28,7 % der früheren Zusammenstellung. Ebenso erhöht findet sich die Zahl der Individuen mit Enteroptosen 18 = 18 % gegenüber 6 % der früheren Statistik. Die von uns festgestellten Zahlen sind größer als die von Freudenberg, der unter 423 Fällen 38 mal einen Venter pendulus, 18 mal eine Wandermilz fand. Zahlreicher sind nach Freudenberg die Nephroptosen, 53 Fälle = 12 %. Krönig und Feuchtwanger fanden unter 46 Fällen von Retroflexio nur 2 mal eine Enteroptose, dagegen 5 mal eine Nephroptose.

Die Krankengeschichten ergeben weiter, daß in dieser Zusammenstellung die nervösen Individuen mit Retroflexio sehr zahlreich sind, so verdoppelt sich die Zahl der Patientinnen, die an allgemein nervösen Beschwerden leiden. Wir fanden 27 % gegenüber 13,3 % der früheren Statistik.

Auch die Häufigkeit der Beschwerden, die nach unseren vorhergehenden Ausführungen auf einen Prolaps hindeuten, ist auffallend. Es sind dies Blasenbeschwerden, Drang nach unten, Fluor. Der Drang nach unten beträgt 59 % gegenüber 26,9 %. Die Blasenbeschwerden 45 % gegenüber 21,3 %, der Fluor 24 % gegenüber 10 %. Auch die dort beobachtete Steigerung der Kreuzschmerzen ist in erhöhtem Maße hier vorhanden, 45 % gegenüber 65 %. Anfügen möchte ich hier, daß auffallend häufig die Kreuzschmerzen auch bei sonst vollkommen beschwerdefreien Patientinnen bestehen blieben, trotzdem der Uterus in guter Anteflexio lag. Nach unserer Beobachtung in 24 Fällen.

In gesteigertem Maße beobachteten wir weiter die Obstipation. Von den 100 von uns nachuntersuchten Fällen sind 46 obstipiert, gegenüber 33,9 % unter 1000 Fällen. Noch größer ist die Zahl, die Theilhaber fand, nämlich 50,5 %.

Die Nachprüfung der Befunde, wie sie sich bei der gynäkologischen Untersuchung ergaben, zeigt im allgemeinen nichts von den früheren Statistiken Abweichendes, ebenso entsprechen die Operationsresultate, sowohl die bei der Entlassung, wie die bei der Nachuntersuchung, den früheren Statistiken in Bezug auf orthopädische wie funktionelle Erfolge, deshalb möchten wir sie hier übergehen und uns jetzt zu dem letzten Teil unserer Ausführungen, *den nach Fixation beobachteten Geburten wenden.*

Unter unseren 100 genau beobachteten Fällen fallen 11 ohne weiteres fort, da sie nicht geboren haben. Von

den übrigen 89 kommen nur 62 in Betracht, der Rest befand sich bereits in der Menopause.

Von diesen 62 Frauen concipierten 13 = 20,9 %.

Ich gebe kurz das Wichtigste aus den 13 Krankengeschichten:

I. Fall 8. III. p. Schwangerschaft mit Beschwerden. Ventrale Fixation. Uterus reclin., Cystocele, Emmet'sche Operation. Keine Klagen.

II. Fall 11. I. p. Ventr. Fixat., Ut. antefl., Schmerzen links gebess.

III. Fall 26. III. p. Davon eine Zangengeburt, doch bereits vor der Operat. 2 Zangen, Ventr. Fixat., Ut. antefl., gebess.

IV. Fall 29. I. p. Spontangeburt. Fieber im Wochenbett, jetzt gravid im 3. Monat. Vag. Fixat., Ut. antefl., trotz der Gravidität keine Klagen.

V. Fall 33. Gravidit. Mensis III. Alexander-Adams. Ut. antefl., 0 Klagen.

VI. Fall 41. I. p. jetzt Gravidit. Mensis II. Ventr. Fixat. Ut. retrofl. nach dem Partus dieselben Beschwerden wie früher.

VII. Fall 44. I. p. Ventr. Fixat. Ut. antefl. seit dem Partus die alten Beschwerden.

VIII. Fall 48. I. p. Ventr. Fixat. Ut. antefl. Kreuzschm.

IX. Fall 50. Abortus Mensis IV. Ventr. Fixat. seit dem Abort die alten Klagen.

X. Fall 75. Gravid. Mensis VII. Vag. Fixat. Ut. antefl. 0 Klagen.

XI. Fall 91. Spontangeburt. Darauf Abort im 2. Monat. Ventr. Fixat. Trotz der Geburt Besserg. nach dem Abort heftige Kreuzschm.

XII. Fall 93. Grav. Mensis III. Ventr. Fixat. Ut. antefl. Kreuzschm.

XIII. Fall 99. I. p. 1 Abort. Vag. Fixat. Ut. retrofl. 0 Klagen.

Diese äußerst mannigfachen Befunde erlauben bei ihrer geringen Zahl nur schwer irgend einen sicheren Schluß.

Von den 13 Frauen gebaren 9, davon kamen 8 Frauen spontan nieder, bei einer mußte die Zange angelegt werden, nachdem bereits vor der fixierenden Operation zweimal Zangengeburt stattgefunden hatte. 3 Frauen sind noch gravid, 2 abortierten = 8 %, eine Zahl, die Winckel auch bei Frauen fand, bei denen keine Fixation gemacht worden

war. Von den 9 Frauen, die gebaren, hatten 2 3 Kinder, die übrigen je 1. Von den letzteren sind 2 wieder gravid, bei zwei weiteren wurden Aborte beobachtet.

Bei 9 Frauen war die ventrale Fixation gemacht worden, 3 mal wurde vaginal, 1 mal nach Alexander-Adams operiert.

Was den Geburtsverlauf anbetrifft, so ging die Geburt langsamer vor sich als gewöhnlich, eine Störung des Wochenbetts wurde in zwei Fällen beobachtet, ein Grund hierfür ließ sich ebensowenig feststellen, wie ein Grund für Aborte gefunden wurde.

Unsere Beobachtungen ergeben also, daß durch die Operation eine auf dieselbe zu beziehende Störung der Schwangerschaft oder Geburt nicht erfolgt. Zum Vergleich möchte ich die Zahlen von Cohn anführen. Er findet gebärfähig 76 Frauen. Von diesen 76

| | | |
|---|---|---|
| concipierten | 31 | = 40,9 % |

Davon waren

| | | |
|---|---|---|
| gravid | 6 | = 19,3 % |
| es hatten abortiert | 4 | = 12,9 % |
| geboren | 21 | = 69,3 % |

Recidive nach Geburten beobachteten wir in einem Falle, = 7,9 %. Pfannenstiel sah bei ventraler Fixation 5 %, bei vaginaler Fixation keine Recidive.

Damit sind wir am Ende unserer Aufgabe angelangt und geben zum Schluß eine Zusammenstellung der gewonnenen Resultate.

## I. Ätiologie.

1. Die Retroflexio wird häufig bei Individuen gefunden, die entweder hereditär oder persönlich in irgend einer Weise geschwächt sind.

2. Sie kommt oft in Verbindung mit Tuberkulose, Zeichen von Entwicklungshemmung (Infantilismus) und Erschlaffungszuständen (Splanchnoptose) vor.

3. Dammrisse und Prolapse stehen in Beziehung zur Retroflexio; das heißt, man beobachtet sehr häufig Dammrisse, Prolapse und Retroflexio bei einem Individuum. Ein ätiologischer Zusammenhang läßt sich sehr schwer feststellen.

4. Je älter die Patientinnen werden, desto häufiger treten Prolapse auf, sodaß bei älteren Leuten Prolapse und Retroflexio in wechselseitiger Beziehung stehen.

5. Ob die Retroflexio besonders häufig im Anschluß an Geburten entsteht, läßt sich aus dem vorliegenden Material nicht entscheiden.

## II. Symptomatologie.

1. Bei reiner Retroflexio sind die allgemein nervösen, nichtgynäkologischen Beschwerden gesteigert, darnach scheinen bei nervösen Personen die Beschwerden nicht durch die Retroflexio, sondern durch die allgemeine Nervosität bedingt zu sein, mit der Einschränkung, daß Leute mit sensiblem Nervensystem auch auf lokale Reize stärker reagieren als gesunde.

2. Eine Zusammenstellung der mit Prolaps complicierten Retroflexio ergab, daß Drang nach unten, Blasenbeschwerden, Fluor und unter Umständen Kreuzschmerzen als durch den Prolaps bedingt anzusehen sind und demnach nicht zum Symptomenbild der Retroflexio gehören.

## III. Pathologischer Befund am Genitale.

Hier fiel die Häufigkeit der Erschlaffungszustände auf.

## IV. Operative Therapie der Retroflexio.

1. Die vaginale Fixation zeigt sich sowohl in funktionellen wie in orthopädischen Erfolgen der ventralen überlegen. Besonders über erstere ist es jedoch äußerst schwer, ein klares Bild zu bekommen; da neben anderem vor allem das Allgemeinbefinden in Betracht zu ziehen ist.

2. Doch sind die Erfolge beider Operationsmethoden in funktioneller Hinsicht keine glänzenden.

3. Größer ist der Erfolg der zusammen mit einer Plastik ausgeführten Fixationen, besonders nach der funktionellen Seite hin. Diese Erfolge sind demnach aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Beseitigung des Prolapses bedingt; besonders aber fällt auf, daß bei den Nulliparen, bei denen lediglich die Lagekorrektur vorgenommen wurde, die Erfolge am schlechtesten sind.

## V. Geburten nach operativer Lagekorrektur.

Irgend ein Einfluß der Operation auf die Geburten ließ sich bei dem geringen Material nicht mit Sicherheit feststellen.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich Herrn Geh. Rat v. Rosthorn für die freundliche Überlassung des Materials, sowie Herrn Privatdocent Dr. Mayer für seine liebenswürdige Anregung und freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit, besonders bei der Nachuntersuchung der Patientinnen, meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

# Literatur.


Kilian: Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers. Bonn 1856. II. Bd.

Schultze: Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

Fritsch: Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter. Enke, Stuttgart 1885.

Handbuch der Gynäkologie, bearb. v. Bumm, Döderlein u. A. herggb. v. Veit 1907.

Stiller: Asthenia congenita. Wien 1906.

Krönig: Über die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Thieme, Leipzig 1902.

Runge: Lehrbuch der Gynäkologie. Springer, Berlin 1903.

---

Vedeler: Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 28, II.

Nagel: Über die Lage des Uterus im menschlichen Embryo. Arch. 1891. Bd. 41.

Heinricius: Über die pathologische Bedeutung der Retroversioflexio uteri. Archiv Bd. 63.

Andersch: Dauererfolge der Operationen bei Retroflexio und Prolapsbehandlung. Archiv Bd. 65. Heft 2.

Skutsch: Zur Frage von der Bedeutung der Retroflexio. Archiv Bd. 72.

Dührssen: Über die operative Heilung der mobilen und fixierten Retroflexio uteri auf vaginalem Wege. Archiv Bd. 94.

---

Salin: Über die Bedeutung der Retrodeviation der Gebärmutter, Hygiaea 1894 Bd. II. S. 454, ref. Monatsschr. f. Geb. & Gyn. Bd. II. S. 301.

Mackenrodt: Kritische Bemerkungen über Vaginofixation und Kolpokoliotomie in Beziehung zur Schwangerschaft und Geburt. Monatsschr. Bd. II. S. 355.

Schultze: Über Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschr. Bd. III. S. 1 S. 101.

Theilhaber: Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschr. Bd. II. S. 266, Bd. III. S. 111.

Pfannenstiel: Zur Diskussion über die Behandlung der Falschlagen des Uterus und der Scheide. Monatsschr. Bd. IX. S. 253.

Krönig & Feuchtwanger: Zur klinischen Bedeutung der Retroversioflexio mobilis. Monatsschr. Bd. X.

Schultze: Therapie der Retroflexio. Monatsschr. 07. S. 229.


---

Theilhaber: Monatsschr. 1907. Sitzungsberichte d. Ges. für Geb. & Gyn.

---

Schröder: Über die Häufigkeit der Retroversioflexio bei Frauen ohne Genitalsymptome. Ztschr. f. Geb. & Gyn. Bd. XLIII. S. 413.

Cohn: Über die Dauerresultate der antefixierenden Operationen Alexander Adams, Ventrifixur, Vaginofixur u. s. w. Ztschr. f. Geb. & Gyn. Bd. XLIII. S. 427.

---

Menge: Intraperitonale Ligamentverkürzung mit ausschliesslicher Verwendung von Catgut als Fixationsmaterial. Centralblatt 1904.

Freund: Die Ventrosuspension der verkürzten Ligg. rotunda als Retroflexionsoperation. Centralblatt 1906.

Centralblatt 1906.

Stöckel: Therapie der Retroflexio uteri durch den praktischen Arzt. Centralblatt 1906. S. 1390.

---

Schultze: Referat über Retroversion und Retroflexion des Uterus. Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Bd. VII.

Olshausen: Thesen zur Retroflexio. Verh. d. d. Ges. f. Gyn. Bd. VII.

Winter: Über die klinische Bedeutung der Retroflexio uteri. Verh. d. d. Ges. f. Gyn. Bd. VII.

Baum: Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Verh. d. d. Ges. f. Gyn. Bd. VII.

Theilhaber: Die klinische Bedeutung der Retroflexio und Retroversio uteri. Verh. d. d. Ges. f. Gyn. Bd. VII.

v. Rosthorn; Statistisches in der Discussion über das Thema der Retroflexio. Verh. d. d. Ges. f. Gyn. Bd. VII. S. 145.

---

Guttwein: Über die Symptomatologie der Retroflexio uteri Diss. Greifswald Mai 1902.

Guggisberg: Über die Complicationen der Retroflexio uteri und deren Einfluss auf die operative Therapie. Diss. Bern 1905.

Niedenthal: Über ventrifixura uteri, insbesondere in ihrem Einfluss auf spätere Schwangerschaften und Geburten. Diss. Würzburg 1907.

---

Theilhaber: Symptoms of versions and flexions of the uterus. Rep. Surg. Gynec. and Obstet. Vol. IV. No. 2 S. 345—354.

---

Freudenberg: Zur Symptomatologie und Therapie der Retroflexio uteri. Deutsche med. Wochenschr. 1897 S. 479 ff.

Theilhaber: Welche Symptome machen die Versionen und Flexionen des Uterus? Münch. med. Wochenschr. 1896 No. 23/25.

# Lebenslauf.

Als Sohn des 1889 verstorbenen Prof. Heinrich Alexander Pagenstecher, Dr. med. et phil., ord. Prof. der Zoologie an der Universität Heidelberg, später Direktor des naturhistorischen Museums zu Hamburg und seiner Frau Olga geb. Schwartze, wurde ich, Ernst Erich Alexander Pagenstecher, am 18. Nov. 1884 in Hamburg geboren. Nach Besuch der Vorschule trat ich in das Gymnasium der Gelehrtenschule des Johanneums über, wo ich nach 9 Jahren Michælis 1902 das Reifezeugnis erlangte. Ich begab mich nach Heidelberg zum Studium der Medizin und bestand dort Ostern 1905 mein Physikum. Sommer 1905 blieb ich noch in Heidelberg und diente dann Winter 1905/06 als Einjährig-Freiwilliger im Kaiser Alexander Garde-Grenadierregiment Nr. 1. in Berlin. Auch den folgenden Sommer 1906 verbrachte ich dort und siedelte dann wieder nach Heidelberg über. Im Sommer 1907 wurde ich zum Feldunterarzt ernannt. Am 24. Juni 1908 beendigte ich mein Staatsexamen vor der Prüfungscommission in Heidelberg.

Meine Lehrer waren:

Fürbringer, Quincke, Curtius, Pfitzer†, Kossel, Bütschli, Arnold. Gottlieb, Erb, Bumm, Kraus, Hildebrand, Passow, Liebreich†, Rubner, Greef, Narath, Nissl, v. Rosthorn, Leber, Knauff, Ernst, Fleiner, Braus, Göppert, Klaatsch, Schuberg, Krafft, Cohnheim, Schwalbe, Starck, Arnsberger, Jurasz, Magnus, Straßmann, Koblanck, Stöckel, Hoffmann, Bettmann, v. Hippel, Völcker, Kümmel, G. B. Schmidt, Schottländer, Feer, Neumann, Kaposy, Kermauner, Wilmanns, Schæffer, Peckert, Mayer, Fischler, Schönborn.